

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1910-1911. — N° 107

TRAVAIL DU LABORATOIRE DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement Chirurgical de l'Ascite

par l'Opération de Ruotte et le Drainage Sous-Cutané

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 21 Juin 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ALBERT DEBON

né à Grenoble, le 23 Juillet 1881



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

41, Rue du Tunnel, VALENCE

1911

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ASCITE

PAR L'OPÉRATION DE RUOTTE

ET LE DRAINAGE SOUS-CUTANÉ

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1910-1911. — N° 107

TRAVAIL DU LABORATOIRE DE THÉRAPEUTIQUE

Traitement Chirurgical de l'Ascite

par l'Opération de Ruotte et le Drainage Sous-Cutané

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 21 Juin 1911

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ALBERT DEBON

né à Grenoble, le 23 Juillet 1881



IMPRIMERIE DUCROS & LOMBARD

41, Rue du Tunnel, VALENCE

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. DOYEN
J. COURMONT ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
		BARD.
Clinique obstétricale et Accouchements.		PONCET.
Clinique ophtalmologique.		JABOULAY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FABRE.
Clinique des maladies mentales		ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.		NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes		PIERRET.
Physique médicale		WEILL.
Chimie médicale et pharmaceutique		POLLOSSON (A).
Chimie organique et toxicologie		CLUZET.
Matière médicale et Botanique.		HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		MOREL.
Anatomie		BEAUVISAGE.
Anatomie générale et Histologie		GUIART.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		MORAT.
Anatomie pathologique		COLLET.
Médecine opératoire		COURMONT (P.)
Médecine expérimentale et comparée		PAVIOT.
Médecine légale		POLLOSSON (M.).
Hygiène.		X.
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacologie		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladie des oreilles, nez et larynx	LANNOIS.
Pathologie externe.	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL	agrégés
Propédeutique chirurgicale	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOVÉ-JOSSERAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—
Botanique	BRETIN,	—

AGRÉGÉS

MM. SAMBUC REGAUD COMMANDEUR GAYET NEVEU-LEMAIRE PATEL	MM. J. LÉPINE LESIEUR Etienne MARTIN LAROYENNE VORON NOGIER	MM. LATARJET LERICHE BRETIN THÉVENOT TAVERNIER. CADE.	MM. MOURIQUAND. ARLOING (F.). GUILLEMARD
--	---	---	---

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. ROLLET, président ; JABOULAY, assesseur ; LERICHE et TAVERNIER, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

Qui nous a fait l'honneur
d'accepter la présidence de
notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR JABOULAY

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LERICHE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TAVERNIER

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Je dédie ce modeste travail,
faible gage de ma profonde
affection et de mon infinie
reconnaissance.

MEIS ET AMICIS

PRÉFACE

S'il est un devoir qui nous est particulièrement agréable à remplir c'est bien de rendre hommage à tous ceux qui, tant à la Faculté qu'à l'hôpital, ont guidé nos études.

Nous tenons à exprimer ici notre profonde gratitude à M. le professeur agrégé Tavernier qui nous indiqua le sujet de notre thèse, nous en fournit les matériaux et nous aida de ses conseils.

Que M. le docteur Villard, chirurgien des hôpitaux, et M. le docteur Mouisset, médecin des hôpitaux, soient assurés aussi de notre reconnaissance pour les documents qu'ils ont bien voulu nous communiquer.

Enfin nous serions ingrats d'oublier les amis qui, grâce à leur connaissance des langues étrangères, ont facilité notre tâche et ont été pour nous des collaborateurs utiles et dévoués.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Nous croyons utile, avant d'aborder notre sujet, de rappeler ce qui a été fait en chirurgie pour le traitement des ascites.

C'est TALMA, Professeur à la Faculté d'UTRECH qui, se basant sur une conception particulière de la formation des ascites, émit le premier l'idée d'un traitement chirurgical, idée qui fut le point de départ d'opérations diverses : « Dans une cirrhose quelconque, « atrophique ou hypertrophique, le tissu hépatique se « sclérose et devient pour les terminaisons de la veine « porte comme une ligature vivante. A mesure que « cette constriction augmente, l'hypertension portale « s'accroît et les anastomoses normalement ouvertes « entre les systèmes porte et cave prennent une importance plus grande. Augmenter le nombre de ces « dérivations bienfaisantes, grâce à des adhérences « créées artificiellement entre les organes viscéraux et « la paroi » : telle était la théorie de TALMA.

Déjà avant lui, KUMMEL, de Hambourg, avait par inadvertance, en suturant la paroi après une laparotomie, enclavé un peu d'épiploon dans ses points de suture et constaté, sans les expliquer, les heureuses conséquences de son erreur.

VAN DER MEULEN, en 1899, fixa pour la première fois le tablier épiploïque à la paroi : son malade mourut quelques heures après l'opération. En 1891, SCHELKLY essaya de nouveau sans succès l'omentopexie ; LENS, au contraire, en 1892, fut plus heureux : l'ascite disparut mais pour peu de temps et cinq mois et demi après son malade mourait.

Ce furent DRUMMOND et MORISON qui, en 1896 et 1899, eurent les premiers résultats satisfaisants et attirèrent l'attention des chirurgiens sur la méthode de TALMA. Depuis, les opérations de TALMA-DRUMMOND ou de TALMA-MORISON (c'est le nom qu'on leur donna alors) se multiplièrent. On sutura à la paroi non seulement l'épiploon, mais la vésicule biliaire (BERNARD), la rate (TALMA), le foie.

En Italie, PASCALE et SCHIASSI donnèrent des techniques opératoires nouvelles. En 1902-1903, ALEXANDRE, dans sa thèse, cite cent sept cas d'omentofixation et relate cinquante-huit succès ou résultats temporaires : il conclut en conseillant l'omentopexie dans les ascites par cirrhose alcoolique, cardiaque, syphilitique ou paludique. Les statistiques de PAL (1902, Société Impérial-Royale de Vienne), de BUNGE (Congrès de la Société Allemande de Chirurgie 1902), de LEFORT (thèse de Paris 1902) sont aussi en faveur de l'omentopexie.

Nombreux furent ceux qui nièrent la vérité de ces rapports : « N'y a-t-il pas surtout dans toutes ces statistiques, dit VIDAL, des cas de péritonite tuberculeuse, de cirrhose associée à la tuberculose, plutôt que de cirrhose alcoolique vraie. Combien de cas aussi ont-ils été publiés trop tôt et qu'il a fallu par la suite reponctionner comme avant l'opération ? ». Pour VIDAL, l'omentopexie n'a pas ou a peu d'influence sur l'ascite, mais elle donne d'excellents résultats contre les hématomés ; l'opération de TALMA a dû quelquefois son succès non à l'omentopexie elle-même mais simplement à la laparotomie : ce n'était pas une ascite par cirrhose du foie qu'on avait opérée mais une ascite par péritonite tuberculeuse.

Un peu plus tard, en 1904, CHARLIER, dans sa thèse, essayait de battre en brèche la conception de TALMA sur la pathogénie de l'ascite : celle-ci pour lui n'est pas due à l'hypertension portale mais est d'origine inflammatoire. L'ascite par cirrhose du foie relève d'un traitement médical seul, aidé, en certains cas, par la ponction. La même année (Congrès français de chirurgie), MONPROFIT dont la statistique portait sur deux cent vingt-quatre cas, arrivait en éliminant les améliorations et les récidives, à trente-cinq guérisons pour cent opérés.

A côté de la méthode de TALMA, qui fut tant discutée, et cependant eut tant de défenseurs, il est une autre technique de traitement chirurgical de l'ascite, qui, se basant toujours sur cette idée « l'ascite est due à l'hypertension portale », ne se contente plus de créer des anastomoses légères entre les systèmes porte et cave,

mais propose d'isoler complètement le foie dans la circulation de retour des organes abdominaux au cœur : c'est l'anastomose directe des veines porte et cave.

Déjà ECK en 1899, HAAS, MASSEN, PAVLOW, plus tard avaient fait des expériences sur le chien. En 1902 TANSINI, dans la *Gazette de Lombardie*, conseillait cette opération chez l'homme dans le cas d'ascite cirrhotique. En 1903, VIDAL, alors à Périgueux, présenta au Congrès français de Chirurgie le premier cas de fistule d'Eck faite sur le vivant. Il voulait pratiquer une omentopexie chez un cirrhotique ayant des hématomèses très abondantes ; mais, à l'ouverture de l'abdomen, VIDAL se trouva devant un épiploon réduit à une masse dure, compacte, impossible à tirer au dehors. Il songe alors à la fistule d'Eck et fait un abouchement terminal de la veine porte dans la veine cave. Son malade, quoique exclusivement nourri d'hydro-carbonés et de matières grasses, succomba au bout de cinq mois avec des phénomènes très nets de pyohémie : « La muqueuse intestinale n'avait pas été une barrière suffisante contre l'infection microbienne » et VIDAL terminait sa communication en disant : « Si la tentative opératoire est curieuse et mérite d'être citée elle ne doit pas être renouvelée ».

Malgré ce conseil, THIERRY DE MARTEL essaya de nouveau de la fistule d'Eck (Communication au Congrès français de Chirurgie de 1910) : Son malade mourut d'anurie quarante-huit heures après l'opération.

Dans le même ordre d'idée, anastomose porto-cave, MM. VILLARD et TAVERNIER cherchèrent, en 1909, à établir entre les deux systèmes veineux une anastomose moins

directe que la fistule d'Eck et cependant plus large que celles qui sont créées pour l'opération de TALMA. Ils essayèrent de réunir une veine mésentérique et la veine ovarienne droite : leur malade mourut au bout de cinq jours. A l'autopsie, on constata que l'anastomose était oblitérée par un caillot. Avec cette méthode, on doit pouvoir espérer des résultats meilleurs car elle n'exclut pas totalement le foie de la circulation de retour comme la fistule d'Eck, ce qui a son importance au point de vue défense contre les toxines microbiennes, et crée cependant entre les systèmes porte et cave une anastomose suffisamment large.

Devant le peu de fixité des résultats obtenus par les opérations dérivées du principe de TALMA, on a songé à réaliser la résorption du liquide ascitique au fur et à mesure de sa production. Dans les cas, et ils sont nombreux, où les ascites par cirrhose sont rebelles à tout traitement médical, un drainage permanent aurait énormément d'avantages sur les ponctions répétées, qui affaiblissent rapidement l'organisme en le privant de matériaux utiles et de plus sont un danger constant d'infection. D'après ESSEX WINTER, le drainage permanent empêcherait la dénutrition, il permettrait un fonctionnement régulier du rein et une hydratation suffisante des tissus, le malade pourrait se lever et la circulation soit portale soit lymphatique ne s'en ferait que mieux. Enfin, le liquide ascitique s'écoulant lentement et graduellement, il n'y aurait pas comme après la ponction plus brusque, cette production de vide partiel dans la séreuse qui amène un accroissement de

la transsudation du sérum sanguin et le renouvellement de plus en plus rapide de l'ascite.

Ce sont ces avantages qui ont poussé les chirurgiens à s'adresser soit à une veine, soit au réseau lymphatique sous-cutané, pour ramener à la circulation générale le liquide ascitique. C'est l'étude de ces deux systèmes qui va faire le sujet de notre thèse :

1° Abouchement de la saphène interne au péritoine ou opération de RUOTTE.

2° Drainage sous-cutané.

CHAPITRE II

Abouchement de la Saphène interne au péritoine ou opération de Ruotte

Suturer à une boutonnière faite au péritoine, la lumière d'un vaisseau dont l'autre extrémité reste en relation avec le système vasculaire : Tel est le principe de cette première méthode de drainage de l'ascite. Mais quel vaisseau choisir ? Il est facile de comprendre qu'il faut prendre un vaisseau de la circulation de retour, une veine et non une artère. De plus, il faut une veine de calibre suffisant pour que le liquide d'ascite puisse facilement s'écouler et avec assez de rapidité. Mais le sang, lui, pourrait refluer vers le péritoine et il faut que cette veine présente une barrière naturelle à ce reflux : il faut un vaisseau valvulé et à valvules suffisantes. Or, la veine saphène interne remplit toutes ces conditions. Située tout près de la cavité péritonéale, vers sa partie la plus déclive, elle a un assez gros calibre (normalement 5 à 6 millimètres de diamètre). Elle est de plus munie de valvu-

les sur toute sa longueur ; enfin, cheminant presque jusqu'à sa réunion à la fémorale dans le tissu cellulaire sous-cutané, il est facile de la découvrir et de la séparer des tissus qui l'environnent.

RUOTTE, depuis longtemps, songeait à une intervention de ce genre. Après plusieurs essais infructueux d'anastomose entre la veine épigastrique et le péritoine, ce fut lui qui, pour la première fois, le 29 janvier 1907, aboucha la saphène interne droite à la cavité péritonéale : il obtint un résultat qui l'encouragea à continuer ses tentatives. Il fit sur le même malade l'anastomose à gauche et par la suite reprit cinq fois cette opération. Après lui, Y. SOYESIMA, assistant du docteur Iro, Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de KYOTO (Japon) pratiqua trois fois l'opération de RUOTTE. De plus, GUIBE en cite trois autres cas, un dû à SLAWINSKY et les deux autres à TEREBSKY (*Journal de chirurgie*). Enfin, courant 1910, M. MAIRE, de Vichy, essaye du drainage saphénien et le 13 septembre de la même année à Lyon, MM. VILLARD et TAVERNIER pratiquent un abouchement unilatéral de la saphène au péritoine et malgré un insuccès complet font de nouveau un mois après la même intervention (19 novembre 1910).

On voit par ce rapide historique combien sont peu nombreux les cas connus d'opération de RUOTTE, au total 14 cas. Nous aurions voulu publier les observations complètes de toutes ces interventions, mais nous n'avons malheureusement pas pu avoir de détails sur le cas de M. MAIRE, ni nous procurer les mémoires des deux chirurgiens russes ; aussi, pour ces derniers,

ne donnerons-nous que les résumés qui en furent cités par GUIBE dans le *Journal de chirurgie*. D'autre part, MM. VILLARD et TAVERNIER ont bien voulu nous communiquer leurs observations inédites. Nous discuterons ensuite les résultats obtenus et essayerons de juger la valeur de l'opération de RUOTTE dans le but d'un drainage permanent de l'ascite.

OBSERVATION I

(Ruotte)

Le nommé V. V..., âgé de 62 ans, espagnol d'origine, mais habitant l'Algérie depuis sa jeunesse, entre à l'hôpital de Blida le 22 janvier 1907, pour une ascite considérable.

Comme antécédents particuliers, nous notons le paludisme et l'alcoolisme, ce dernier provoqué par l'absinthe et l'anisette ; il n'y a pas de trace de syphilis.

Il se dit malade depuis six mois environ.

Le début aurait consisté, autant qu'il est possible de le comprendre, en troubles digestifs et un certain degré d'amaigrissement, puis le ventre aurait grossi : c'est tout ce qu'on peut en tirer.

A l'examen, c'est un vieillard déjà usé, à faciès émacié ; le ventre est énorme, tendu, sillonné de veines très déve-

loppées, et mat à la percussion ; on y reconnaît de suite la présence de liquide en grande quantité, ce qui empêche tout examen ; les jambes sont œdématisées, l'urine est à peu près normale en quantité, sans sucre ni albumine.

Il n'a jamais eu d'ictère.

Le 23 janvier, la ponction donne treize litres de sérosité citrine et permet de reconnaître que le foie est profondément caché sous les fausses côtes ; la rate ne se reconnaît pas à la palpation.

Le 26 janvier, l'ascite a reparu et une nouvelle ponction nous donne neuf litres de liquide.

Devant la reproduction si rapide de l'ascite, nous nous décidons à essayer d'une intervention à laquelle nous songions depuis longtemps et que nous n'avions pas encore eu l'occasion d'exécuter ; nous ne croyons pas d'autre part, qu'elle ait jamais été faite, nos recherches bibliographiques forcément incomplètes ne nous ont rien appris à ce sujet : il s'agit de l'abouchement des veines saphènes internes à une incision péritonéale, dans l'espoir que ces vaisseaux pourront résorber l'ascite.

Cette opération est pratiquée le 29 janvier 1907 sur le côté droit : incision à l'aîne sur le trajet de la saphène, qui est sectionnée à huit centimètres environ de son embouchure ; son bout inférieur est lié et le fragment supérieur disséqué jusqu'à la crosse et récliné en haut, après avoir été taillé en biseau dans l'étendue de deux centimètres environ, sur sa face antérieure, celle qui doit correspondre à la cavité péritonéale une fois la veine suturée à l'incision de la séreuse.

L'incision cutanée est prolongée en haut jusqu'au dessus de l'arcade crurale, les couches pariétales sectionnées,

ainsi que le péritoine, dans l'étendue de deux centimètres ; il s'écoule environ sept à huit litres d'ascite, les bords de la veine sectionnée en biseau sont alors suturés par des points au catgut n° 0 aux bords correspondants de l'incision péritonéale et lorsque la suture est bien complète dans toute l'étendue, les couches musculo-aponévrotiques sont suturées par dessus, ainsi que la peau, sans drainage.

Il n'y a aucune suite opératoire, et les fils enlevés le huitième jour, laissent une réunion parfaite ; l'ascite ne s'est pas reproduite et les jambes sont désenflées.

En présence du bon résultat donné par la première intervention, nous pratiquons de la même façon l'abouchement de la veine saphène gauche au péritoine, le 5 mars. L'opération facile est menée rapidement ; malgré cela, l'opéré présente, dès le lendemain, des troubles cardiaques et succombe brusquement le 8 mars 1907.

L'autopsie nous donna des résultats très intéressants au point de vue de notre intervention.

Tout d'abord, le cœur était gros, atteint de myocardite et les poumons emphysémateux.

Le foie ne pesait que sept cents grammes, était dur, scléreux, clouté, en somme à la dernière période de la cirrhose atrophique ; les reins à peu près normaux.

Du côté droit, opéré le premier, on voyait sur le péritoine, correspondant à l'incision, une petite dépression infundibuliforme dans laquelle un stylet de trousse pénétrait avec la plus grande facilité et arrivait jusqu'à la veine fémorale ; le vaisseau abouché était donc resté perméable ; du côté gauche, il n'y avait rien d'anormal, aucune trace de désunion ; enfin, dans le petit bassin, quelques cuillerées de liquide citrin.

OBSERVATION II

(*Ruotte*)

M... Antonio, espagnol, 70 ans, assez bien conservé physiquement ; ne présente comme antécédents personnels que quelques atteintes de paludisme et un peu d'alcoolisme.

Rien de particulier à noter dans sa famille.

Il entre à l'hôpital de Blida le 23 mai 1907 avec la mention ascite pour ponction.

D'après lui, il ne serait malade que depuis environ six mois, mais peu sérieusement ; il se plaignait seulement de troubles digestifs, sans vomissements, et de quelques douleurs dans le côté droit ; l'appétit a diminué, surtout depuis les dernières semaines ; il n'a jamais eu de jaunisse et rien remarqué du côté des urines.

Son état ne s'est aggravé que depuis deux mois, il a remarqué que son ventre grossissait et que ses jambes enflaient. Cette enflure l'a gêné au point de ne plus pouvoir travailler, et c'est ce qui l'a décidé à entrer à l'hôpital.

A l'examen, on reconnaît de suite la distension de l'abdomen sillonné de veines bleuâtres très développées, et l'enflure des membres inférieurs sur lesquels le doigt détermine des godets.

La percussion révèle une matité occupant les flancs, l'hypogastre, dépassant l'ombilic par en haut. La palpation ne peut être pratiquée dans ces conditions.

De légers chocs donnent nettement la sensation caractéristique de l'épanchement ascitique.

La respiration est un peu gênée mécaniquement mais il n'y a rien au cœur ni aux poumons.

La quantité d'urine varie de mille à mille deux cents grammes, sans albumine, avec une certaine dose d'uro-biline.

Dès son entrée, il est mis au régime lacté absolu et le lendemain, 24 mai, une ponction donne neuf litres de sérosité ascitique typique, de couleur citrine et se coagulant à l'air libre ; on peut reconnaître à la palpation le foie à deux travers de doigt au-dessous des fausses côtes.

Le 1^{er} juin, nouvelle ponction de sept litres, et on laisse une petite quantité d'ascite.

L'épanchement se reformant rapidement, le 6 juin nous pratiquons des deux côtés, en une même séance, l'abouchement des veines saphènes internes au péritoine, en suivant le procédé que nous avons décrit récemment. Il s'écoule une grosse cuvette de sérosité qu'on oublie de mesurer.

L'anesthésie a été faite en grande partie au chlorure d'éthyle pur, puis continuée au chloroforme, pour diminuer la dose de cet anesthésique.

Rien à dire des suites opératoires, les fils sont enlevés le neuvième jour avec une réunion parfaite.

Le régime lacté est continué, et dès le lendemain de l'opération l'œdème a disparu pour ne pas reparaitre durant le séjour à l'hôpital.

Nous faisons lever notre opéré le vingtième jour après l'intervention, soit le 26 juin, et constatons que l'ascite

n'a pas reparu et qu'après la marche les jambes restent absolument sèches.

A dater de ce jour, l'opéré est remis petit à petit au régime ordinaire avec le lait comme boisson et une petite quantité de viande.

Il sort en parfait état le 21 juillet et reprend ses occupations qu'il n'a plus interrompues depuis.

13 septembre 1907. — Nous allons prendre des nouvelles de notre malade et sa fille nous répond qu'il est à Alger et qu'il va très bien depuis sa sortie de l'hôpital.

Novembre 1909. — Nous sommes allés passer un mois en Algérie, nous avons cherché à avoir des nouvelles de notre ancien malade, nous ne l'avons pas trouvé, mais nous avons appris qu'au commencement de cette année 1909, il était encore bien portant et était parti pour la province d'Oran.

OBSERVATION III

(*Ruotte*)

G..., 56 ans, originaire des Hautes-Pyrénées, venu en Algérie pour faire son service militaire et depuis, a continué d'y résider.

Entré à l'hôpital de Blida le 12 août 1907, dans le service de médecine. Homme de forte corpulence, de haute

taille, il exerçait le métier de cultivateur ; malgré quelques accès paludéens au début de son séjour, il a toujours joui d'une très bonne santé. Dans ses habitudes, il faut noter une consommation sérieuse de vin à chacun de ses repas, et chaque jour une absinthe à midi, et le soir, comme apéritif ; par ci, par là, quelques extras augmentaient la dose d'alcool journalière.

Malgré sa force considérable, il a remarqué que depuis un an, il se fatiguait beaucoup plus qu'autrefois ; sa résistance était notablement diminuée. Son appétit est devenu irrégulier, ses digestions difficiles ; quelquefois, le matin, il a eu des vomissements amers, composés de liquides verdâtres, bilieux, sans jamais aucune trace de sang, il était aussi sujet à des alternatives de constipation et de diarrhée.

Depuis un temps qu'il ne saurait préciser, il a pris un teint pâle, puis subictérique, et a remarqué le développement considérable de son ventre.

A l'examen, le ventre est volumineux, sillonné d'un réseau de veines nombreuses et dilatées ; la matité dépasse l'ombilic et latéralement atteint les fausses côtes, ne permettant pas de délimiter le foie.

Les téguments présentent une teinte jaunâtre, mais les matières fécales ne sont pas décolorées. Les organes thoraciques n'offrent rien de spécial.

Le malade se plaint d'une mauvaise bouche et d'une inappétence absolue.

Les urines sont rares, deux cents centimètres cubes le jour de son entrée à l'hôpital, assez colorées et déposent abondamment. L'analyse faite par M. le pharmacien major GAUTIER donne les résultats suivants :

Volume : deux cents centimètres cubes. Réaction : alcaline. Dépôt abondant.

Sucre : néant.

Albumine : 0 gr. 20 par litre.

Indican : forte proportion.

Urobiline : quantité notable.

Pigments biliaires : néant.

Le dépôt est formé de phosphates et carbonates alcalino-terreux, d'urate ammoniac, de cristaux d'oxalate de chaux ; on y trouve quelques globules sanguins.

Une ponction donne deux grandes cuvettes de liquide ascitique, dont la composition est la suivante :

Réaction : légèrement alcaline.

Couleur : jaune clair.

Aspect : visqueux.

Densité : 1025.

Substances albuminoïdes : 6 grammes pour 100.

Na CL : 4,60 pour 100.

Sucre : néant.

Après la ponction, le foie reste inaccessible à la palpation, mais on perçoit la rate, dont le bord antérieur se reconnaît facilement. Sous l'influence du lait que le malade ne consent à prendre qu'avec répugnance et en petite quantité, l'urine dépasse trois cents centimètres cubes les jours suivants, mais l'ascite se reproduit de suite.

Pour éviter des ponctions trop fréquentes, attribuant le peu d'urine excrétée à la faible quantité de liquide ingéré et absorbé, malgré la présence d'un peu d'albumine dans l'urine, nous pratiquons le 20 septembre l'abouchement des veines saphènes au péritoine.

L'anesthésie est commencée au chlorure d'éthyle et

continué au chloroforme, dont dix à quinze grammes au maximum sont employés : l'opération est rapide et sans incident, et les suites des plus simples. La courbe que nous avons conservée montre une apyrexie complète. L'urine tombée à cent soixante centimètres cubes environ le premier jour après l'opération, dépasse quatre cents centimètres cubes quelques jours après.

Les fils sont enlevés le huitième jour, la réunion est parfaite, et on ne trouve plus les signes cliniques de l'ascite.

Malgré tout, l'état général ne s'améliore pas et l'anorexie reste complète : l'opéré s'affaiblit et succombe le 6 octobre suivant.

L'autopsie est pratiquée le 7 octobre, avec l'aide de M. le Médecin-Major BENOIT, dans le service de médecine de qui il était entré tout d'abord. Une incision transversale de la paroi abdominale au niveau de l'ombilic permet de jeter un premier coup d'œil dans l'abdomen ; le péritoine est normal et le petit bassin contient un résidu de liquide ascitique clair et limpide. En renversant la paroi abdominale en bas, on aperçoit très vite les orifices d'abouchement des veines au péritoine, surtout celui du côté droit. Un stylet y pénètre de suite et va jusqu'à la veine fémorale, démontrant ainsi la perméabilité parfaite du vaisseau qui est disséqué sur lui ; du côté gauche, l'orifice semble un peu rétréci, mais la perméabilité existe aussi.

Le foie, dont le poids atteint à peine six cents grammes, est dur, crie sous le scalpel et présente à un haut degré l'aspect de la cirrhose en fin d'évolution.

Les reins sont à peu près normaux, peut-être un peu

plus petits que normalement. La capsule se décortique facilement et les substances corticale et médullaire ne présentent à l'œil nu aucune modification importante.

La rate est grosse et dure.

Les organes thoraciques sont normaux.

ODSERVATION IV

(*Ruotte*)

F ..., civil, Européen, 48 ans, entre à l'hôpital de Blida le 25 septembre 1907 pour ascite volumineuse ; il est placé en médecine.

Cordonnier de profession, il a toujours joui d'une bonne santé, mais il a des habitudes alcooliques invétérées et avoue prendre chaque jour un nombre respectable d'absinthes et d'anisettes. Il ne se souvient pas du début de sa maladie, car il n'est enflé que depuis deux mois environ ; mais auparavant il se plaignait déjà depuis longtemps de troubles digestifs, de manque d'appétit qu'il combattait par quelques apéritifs de plus. Voyant son ventre grossir et ses jambes s'enfler le soir, il consulta un médecin qui le mit au lait et lui donna un traitement à suivre en l'engageant à ne plus boire ; mal suivi d'ailleurs, ce traitement n'eut aucun résultat et le malade se décida à entrer à l'hôpital.

Remis au régime lacté dès son entrée, il subit deux ponctions, et en présence de la reproduction du liquide, il passa dans notre service le 28 octobre pour être opéré.

L'abouchement des saphènes internes au péritoine fut fait de suite, à droite, sans incident ni dans l'opération ni dans les suites, à gauche, dès le second jour, il se produisit une fistule qui donna issue à du liquide ascitique pendant une dizaine de jours, obligeant à changer le pansement matin et soir. Elle se ferma naturellement.

A droite, les fils furent enlevés le huitième jour.

Résultat thérapeutique nul.

Quelques jours après, une analyse d'urine complète nous révéla l'existence de lésions graves du rein ; il y avait plus de quatre grammes d'albumine par litre.

L'opéré resta à l'hôpital alternativement au régime lacté pur et au régime déchloruré, interrompus de temps en temps par la reprise du régime ordinaire jusqu'en février 1908, ne ressentant aucun trouble particulier du fait de son opération, se levant tous les jours et se promenant au soleil dans le jardin de l'hôpital plusieurs fois dans la journée. Après quelques accès d'urémie combattus par la saignée et les purgatifs, il succomba à une attaque de coma le 18 février 1908.

L'autopsie ne pouvant être faite à cause de la famille, nous avons pu néanmoins examiner la veine saphène droite, anastomosée, constater qu'elle était perméable et l'enlever pour un examen histologique qui n'a pu être fait ; non seulement elle était perméable, mais notablement élargie.

OBSERVATION V

(*Ruotte*)

D..., environ 45 ans, agriculteur, entre à l'hôpital de Blida le 28 mars 1908 pour une ascite assez volumineuse.

Malade seulement depuis quelques mois, c'est l'enflure de son ventre qui le fait entrer à l'hôpital.

Né en Algérie, il a eu la fièvre typhoïde étant jeune, mais depuis, ne révèle rien qui soit susceptible d'être noté.

Travaillant surtout dans les vignes et l'hiver dans les caves; il avoue qu'il buvait plus qu'il n'aurait fallu.

Il n'a jamais vomi, n'a jamais eu de crachements de sang; naturellement constipé, il ne signale rien de particulier du côté intestinal.

L'urine paraît normale en qualité et quantité; on s'est borné, cliniquement, à constater l'absence d'albumine.

Il est ponctionné le jour de son entrée à l'hôpital et mis au régime lacté; l'ascite se reproduit en quelques jours.

Le 6 avril 1908, nous pratiquons l'abouchement des veines saphènes au péritoine des deux côtés à la fois, sans incident ni suites opératoires dignes d'être notées. Le malade est maintenu au régime lacté et au lit.

Les fils sont enlevés le huitième jour.

L'ascite ne semble pas se reproduire.

Il sort de l'hôpital le 3 mai 1908, grandement amélioré, dit notre registre; nous avons pris des notes plus complètes à son sujet, mais nous ne les avons pas retrouvées.

Depuis, nous n'avons plus eu de ses nouvelles. Récemment, nous avons essayé d'en avoir, mais il avait quitté la ferme où il travaillait, quelque temps après sa sortie de l'hôpital, de telle sorte que nous ignorons le résultat éloigné de l'intervention.

OBSERVATION VI

(*Soyesima*)

M. УЕОКА, 38 ans, marchand de denrées alimentaires, admis le 28 août 1906, avec le diagnostic de cirrhose du foie. Le malade eut une enfance à peu près exempte de maladie. Rougeole à vingt ans. Chancre et chute de cheveux. Il a depuis sept ans, deux ou trois fois par an, une sensation de réplétion à l'épigastre, de brûlures, éructations, constipation. En janvier 1906, pneumonie. Peu après, il remarqua un accroissement lent et continu de son abdomen. Traitement médical sans résultat. Depuis le mois de février, sept ponctions. Pas de fièvre ni de paludisme. Appétit moyen, selles journalières.

Actuellement, homme de structure moyenne. Mauvaise nutrition. La peau et les muqueuses sont un peu pâles. La peau est sèche avec élasticité diminuée. La couche adipeuse sous-cutanée et les masses musculaires sont très réduites. Pouls régulier, petit, faible, peu frappé. Air

souffrant. Langue humide non chargée. Tête et visage sans anomalie. Cou maigre. Le pouls carotidien n'est pas perçu. Thorax symétrique. Expiration faible des deux côtés. A la percussion, résonnance parfaite. Murmure vésiculaire nettement perçu. Pas de râle. Limite supérieure du foie dans le cinquième espace intercostal. Pointe du cœur dans le cinquième espace à deux centimètres en dedans de la ligne mamelonnaire. On perçoit un souffle dans l'espace compris entre le bord supérieur de la quatrième côte en haut, le bord du sternum à droite, la pointe du cœur à gauche.

L'abdomen est proéminent et les flancs élargis. La peau est légèrement tendue, l'ombilic effacé, les veines sous-cutanées peu dilatées. Matité partout, excepté vers l'ombilic et l'estomac. Cette matité se déplace; sensation de flot très nette. Rate hypertrophiée et très sensible au toucher. On ne perçoit ni les reins ni le foie. La circonférence ombilicale est de quatre-vingts centimètres. Distance de l'ombilic à l'appendice xyphoïde : dix-huit centimètres. Du pubis à l'ombilic : dix-huit centimètres. De l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite : vingt-un centimètres. De l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche : vingt-trois centimètres. Après la ponction, la circonférence ombilicale est réduite à soixante-quatorze centimètres. De l'ombilic à l'appendice xyphoïde : dix-sept centimètres. De l'ombilic au pubis : dix-sept centimètres. De l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite : dix-huit centimètres. A gauche : dix-sept centimètres. Le bord inférieur du foie n'est pas palpable. Le liquide d'ascite évacué est clair, jaune pâle, densité 1009. Les extrémités sont normales, sans œdème. L'urine est

claire, jaune paille, acide, sans éléments pathologiques.

Le 31 août 1906, anesthésie au chloroforme. Incision de quinze centimètres sur la ligne blanche au-dessus de l'ombilic. A l'ouverture de la cavité péritonéale, le liquide d'ascite jaillit avec force. Le foie est un peu diminué. Sa face externe est finement bosselée, sa consistance un peu dure. La rate est doublée de volume et est aussi grosse que le poing. L'estomac et l'intestin sont normaux. Le grand épiploon est tiré au dehors et fixé sous la peau. La plaie est refermée par trois étages de sutures. Pansement au collodion.

17 septembre 1906 : cicatrisation par première intention. Les fils sont enlevés.

8 octobre 1906 : la circonférence ombilicale a augmenté de nouveau ; elle atteint près de quatre-vingt-dix centimètres. La quantité d'urine éliminée chaque jour depuis l'opération varie de deux cents à onze cent cinquante centimètres cubes (moyenne six cent cinquante).

Le 9 octobre, anesthésie au chloroforme. Décapsulation du rein gauche. Capsule fibreuse en partie adhérente au parenchyme et difficilement détachable. Drainage à la gaze. Suture du fascia rénal et de la peau. Pansement. Après vingt-quatre heures, les drains de gaze sont enlevés. Sécrétion moyenne, non purulente.

Le 19 octobre, les fils sont enlevés. Cicatrisation par première intention. Depuis la dernière opération, urine journalière variant de cent à cinq cent cinquante centimètres cubes (moyenne deux cent quatre-vingt dix centimètres cubes). Circonférence ombilicale s'accroît très vite. Ponctions répétées. De temps en temps poussée d'œdème aux chevilles.

Le 21 novembre 1906, anesthésie au chloroforme. Décapsulation du rein droit. Cette fois, la capsule se détache très facilement. Drainage à la gaze. Suture. Pansement.

Le 23 novembre : les mèches de gaze sont enlevées.

Le 30 : cicatrisation par première intention. Les fils sont enlevés.

Le 16 décembre 1906, l'ascite se reforme très rapidement. Les urines éliminées depuis l'opération ont varié de cent soixante-dix à cinq cent cinquante centimètres cubes par jour (moyenne trois cent soixante centimètres cubes).

Le 17 décembre 1906, anesthésie locale d'après la méthode de SCHLEICH. Incision cutanée de quatre centimètres dans la région iléo-cœcale. Le fascia, les muscles et le péritoine sont percés au moyen d'un trocart. Après évacuation du liquide, une canule en argent à paroi fenêtrée de la grosseur d'un porte-plume est introduite dans la cavité péritonéale dans le but d'un drainage permanent. L'extrémité supérieure de la canule aplatie, en forme de bouton et large de deux centimètres, est laissée sous la peau. Suture cutanée. Pansement.

7 décembre 1907 : après la fixation de la canule, il y eut pendant quelque temps un léger œdème sous-cutané et un petit réseau veineux sous-cutané se développa. Il parut que le liquide se drainait d'une façon durable. Mais ces apparences favorables ne durèrent malheureusement pas. L'œdème cutané disparut. La région opérée se transforma en une cicatrice fibreuse. Dans le cours de l'année 1907, l'état de nutrition du malade devint de plus en plus mauvais. Actuellement, c'est presque un squelette. Infiltration du lobe inférieur du poumon droit. Râles fins, sous-crépitants. L'ascite se forme très rapidement.

L'œdème des extrémités et des bourses est intense. Circonférence ombilicale : cent-cinq centimètres. Distance ombilicoxyphoïdienne : vingt-cinq centimètres. Distance de l'ombilic au pubis : vingt-cinq centimètres. De l'ombilic à l'épique iliaque antéro-supérieure droite : vingt-neuf centimètres. A gauche : trente centimètres. La quantité d'urine varie par jour de cent-cinquante à sept cent cinquante centimètres cubes (moyenne trois cent cinquante-sept centimètres cubes). Une ponction est nécessaire chaque semaine.

10 décembre 1907 : anesthésie au chloroforme. Incision cutanée dans la partie supéro-interne de la cuisse gauche, correspondant au trajet de la veine saphène, partant de deux centimètres au-dessus du ligament de POUPART et se dirigeant en bas et en dedans. L'incision est longue de dix-sept centimètres. La veine saphène, depuis son embouchure dans la veine fémorale, est isolée sur une longueur de huit centimètres et sectionnée obliquement. Le diamètre de la lumière est de trois millimètres. Le bout périphérique est ligaturé. Le bout central est tiré vers le haut par dessus le ligament de POUPART. Au-dessus de ce ligament, le péritoine est ouvert sur une longueur de un centimètre. L'extrémité de la veine taillée en biseau est accolée à la fente péritonéale et y est fixée par trois points de suture au catgut numéro 0, de façon qu'aucune goutte de liquide d'ascite ne puisse s'échapper. Drainage à la gaze. Suture cutanée. Pansement au collodion. Les mèches de gaze sont enlevées le jour suivant.

Le 18 décembre 1907, cicatrisation par première intention. Les fils sont enlevés. Quoique la quantité d'urine ait

augmenté un peu depuis l'opération, la circonférence ombilicale s'est accrue.

Le 19 décembre, anesthésie au chloroforme. Etablissement de l'anastomose de la veine saphène et de la cavité péritonéale du côté droit. Cette fois l'opération est faite comme précédemment, avec cette différence que la veine saphène n'est pas cette fois ramenée par-dessus le ligament de POUPART, mais recourbée et passée à travers le ligament percé de lacuna vasorum. Au reste, nous trouvons le calibre de la veine presque aussi gros qu'à gauche.

Le 27 décembre 1907, cicatrisation par première intention. On enlève les fils.

Le 24 janvier 1908, circonférence ombilicale : quatre-vingt-dix-sept centimètres. Distance de l'ombilic à l'appendice xyphoïde : vingt-deux centimètres cinq. De l'ombilic au pubis : vingt-deux centimètres cinq, de l'ombilic à l'épine iliaque antéro supérieure droite : vingt-cinq centimètres cinq, à gauche, vingt-sept centimètres cinq.

Depuis la dernière opération, l'émission d'urine a augmenté. Moyenne journalière neuf cents centimètres cubes. Pouls mieux frappé.

17 mars 1908 : Circonférence ombilicale : quatre-vingt neuf centimètres. De l'ombilic à l'appendice xyphoïde : vingt centimètres. De l'ombilic à la symphyse : dix-neuf centimètres. De l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite vingt centimètres cinq ; à gauche : vingt-cinq centimètres.

Urine journalière moyenne : mille six cent cinquante centimètres cubes. L'œdème a disparu des extrémités sans laisser de trace. La canule placée dans la paroi abdominale en vue d'un drainage permanent en décembre 1906, sous anesthésie

locale d'après la méthode SCHLEICH, est enlevée, et son extrémité supérieure est trouvée entourée de tissu cicatriciel ; non seulement les fenêtres latérales, mais la lumière de la canule sont bouchées par des éléments organiques.

7 juillet 1908 : urine abondante : mille quatre cents centimètres cubes par jour en moyenne. Depuis la dernière opération pas de ponction. Dans les derniers mois, l'état général s'est nettement amélioré. La peau et les muqueuses ne sont plus anémiques. La couche adipeuse sous-cutanée et les muscles se sont développés. Le pouls est bien frappé, régulier, soixante-douze pulsations à la minute. Le faciès est animé, n'est plus boursoufflé. Sonorité parfaite des poumons. Le lobe inférieur droit s'est décongestionné. Le murmure vésiculaire est normal et on n'entend pas de bruit surajouté. La limite supérieure du foie atteint le bord supérieur de la sixième côte. Le choc de la pointe est dans le cinquième espace intercostal, à un doigt en dedans de la ligne mamelonnaire. Cœur normal. Cependant le ventre est encore assez fortement proéminent, mais il n'est plus tendu. La fluctuation a très nettement diminué. Matité dans les deux flancs. Sonorité dans la région de l'ombilic et de l'estomac. Dans la région épigastrique se trouve une saillie de la grosseur d'un œuf d'oie. La peau à cet endroit n'est pas altérée comme coloration et ne présente pas de veines dilatées. A la palpation, on trouve une grosseur faiblement élastique de la dimension d'un œuf de poule, non fluctuante, lobée, qu'on ne peut pas repousser dans la cavité abdominale. Sur la paroi abdominale, on voit deux cicatrices, dont l'une, de quinze centimètres, est sur la ligne blanche et l'autre, de quatre centimètres, dans la région iléo-cœcale. Ensuite, on constate sur la face antéro-

interne de chaque cuisse une cicatrice linéaire de quinze centimètres. Les reins, le foie, la rate ne sont pas perçus. La circonférence ombilicale est de soixante-seize centimètres. De l'ombilic à l'appendice xyphoïde : quinze centimètres cinq. De l'ombilic au pubis : quinze centimètres. De l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite : quatorze centimètres cinq ; à gauche : dix-huit centimètres. Pas de trouble de la sensibilité, ni de motricité. Pas d'œdème des extrémités. Tous les symptômes subjectifs comme les sensations de brûlure, l'essoufflement, etc., ont presque disparu. Aujourd'hui, deux cents trois jours après l'opération, amélioration définitive.

11 décembre 1908 : trois cents soixante jours après la dernière opération, le malade nous fait part par lettre qu'il va de mieux en mieux, que son abdomen n'a pas grossi mais diminue au contraire de jour en jour.

OBSERVATION VII

(*Soyesima*)

M. KURATINI, jeune homme de 15 ans ; entré le 14 juin 1907 avec le diagnostic vraisemblable de pseudocirrhose du foie par péricardite. Son grand-père paternel et sa grand-mère maternelle moururent tous deux d'hémorragie cérébrale. Ses parents vivent encore et sont bien portants.

Le malade est né à terme. Son développement intellectuel et physique fut un peu retardé. A cinq mois il eut des convulsions et ensuite de temps en temps des crises épileptiformes ; pas de rougeole. Il y a deux ans, il eut une inflammation de ganglions du cou qui furent extirpés en mars 1906. Depuis novembre 1906, il a remarqué que son ventre avait grossi. Ceci accompagné de mouvements fébriles, de sueurs nocturnes et de dyspnée. Bon appétit, selles journalières.

Etat actuel : Garçon débile, amaigri, peau et muqueuses pâles. Couche adipeuse sous-cutanée et masses musculaires peu développées. Pouls petit, régulier, cent quatre pulsations par minute. Langue humide, un peu saburrale. Faciès un peu bouffi. Les deux lèvres sont épaisses et cyanosées. Cou maigre, nombreux nodules disséminés, élastiques, mous, allant de la grosseur d'un pois à celle d'un haricot. Du côté droit du cou, on voit la cicatrice d'une opération ancienne. Des deux côtés, pouls carotidien très net. Veines du cou fortement dilatées. Thorax un peu asymétrique. Epaule gauche légèrement plus haute que la droite en même temps que la moitié gauche de la poitrine est plus large que l'autre côté. Expiration semblable des deux côtés. Sonorité à la percussion un peu atténuée du côté droit. La limite supérieure du foie arrive, au niveau de la ligne mamelonnaire, au bord supérieur de la cinquième côte, au niveau de la ligne axillaire, à la septième côte, au niveau de la ligne scapulaire à la dixième côte. Murmure vésiculaire net, perçu un peu moins à droite qu'à gauche. Pas de bruit surajouté. Choc de la pointe dans le quatrième espace juste sur la ligne mamelonnaire. Pas de souffle systolique. On constate un retrait systolique de

la paroi thoracique. La matité cardiaque va en haut jusqu'à la troisième côte, à droite au bord gauche du sternum, en dehors jusqu'à la ligne mamillaire. Les bruits du cœur sont normaux mais faibles, le deuxième plutôt accentué. Pas de frottements péricardiques. L'estomac est un peu refoulé vers le haut. L'ombilic est effacé. La paroi abdominale légèrement œdématiée. Les veines sous-cutanées sont dilatées sur les côtés de l'abdomen et serpentent vers le haut à travers les parois latérales du thorax. Pas de tête de méduse. Fluctuation très nette. A la percussion, matité partout, sauf dans l'épigastre. La plus grande circonférence abdominale est de quatre-vingt-quinze centimètres et demi. La circonférence ombilicale atteint soixante-douze centimètres cinq. Distance de l'ombilic à l'appendice xyphoïde : vingt-six centimètres cinq ; de l'ombilic au pubis : quinze centimètres cinq ; de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite : vingt-deux centimètres ; à gauche : vingt-quatre. Les extrémités inférieures sont œdématiées. Après la ponction, l'abdomen diminue d'une façon notable et la grande circonférence arrive à soixante-douze centimètres. Le liquide évacué est très clair, de densité 1010. On peut maintenant, à trois épaisseurs de doigt au-dessous de la dernière côte, sentir très nettement le bord inférieur du foie hypertrophié. Ce bord est arrondi, lisse et pas très dur. Les reins et la rate ne sont pas palpables. Les urines sont claires, acides, sans sucre ni albumine.

10 juillet 1907, anesthésie au chloroforme. Incision sur la ligne blanche. Foie augmenté avec surface externe lisse, rouge foncé, de consistance dure ; des adhérences des anses intestinales entre elles et avec le péritoine empêchent

l'ouverture de la cavité abdominale. Le péritoine pariétal et viscéral est épaissi, mais lisse et brillant. Suture par étages et pansement au collodion.

Le 20 juillet 1907, cicatrisation par première intention. Les fils sont enlevés. Depuis la dernière opération, ponction à plusieurs reprises.

Le 26 septembre 1907, anesthésie au chloroforme. Cardiolyse. En même temps qu'aux quatrième, cinquième et sixième côtes, quelques centimètres d'os sous-périosté sont réséqués. Le retrait systolique de la paroi thoracique ne se constate plus.

2 octobre 1907 : cicatrisation normale par première intention. On enlève les fils.

16 novembre 1907 : à la suite de cette dernière opération, le pouls, tout aussi bien que la miction, laissent à désirer. On fait une ponction. Anesthésie au chloroforme. Décapsulation du rein droit.

22 novembre 1907 : cicatrisation par première intention. On enlève les fils.

19 décembre 1907 : la décapsulation du rein droit n'a rien donné. Chloroforme. Anastomose de la veine saphène droite et de la cavité péritonéale. Mais malheureusement, la veine est très petite (diamètre : un millimètre et demi).

Le 27 décembre 1907 : cicatrisation par première intention. On enlève les fils.

14 janvier 1908. : anesthésie au chloroforme. Anastomose du côté gauche. Mais comme la veine est aussi très petite, pour faciliter l'opération, on utilise une canule en argent dont une extrémité plonge dans la cavité péritonéale et dont l'autre est fixée à la lumière du vaisseau.

23 janvier 1908 : cicatrisation normale. Les fils sont enlevés.

17 mars 1908 : l'opération pratiquée n'ayant encore donné aucun résultat, on pratique l'anesthésie au chloroforme et on se décide à faire une splénopexie. La rate est déjà adhérente à l'intestin et à l'épiploon. La capsule fortement épaissie est scarifiée et le mésentère est suturé.

31 mars : cicatrisation sans réaction. Les fils sont enlevés. Légers points de suppuration.

26 mai 1908 : anesthésie au chloroforme. Comme dernière ressource, nous avons envisagé de faire une fistule d'Eck. Les adhérences sans cesse envahissantes des anses intestinales ne nous le permirent pas : c'est pour cela que nous eumes recours à l'hépatopexie. La face supérieure du foie fut scarifiée et fixée à la paroi abdominale.

11 juin 1908 : dans les derniers jours, l'état du malade baissa de façon remarquable. Le pouls est petit, fréquent, parfois irrégulier. Les urines sont diminuées. La dyspnée est intense. La cyanose des lèvres augmentée. A sept heures du soir, le malade fut atteint d'une attaque épileptiforme fatale. La respiration artificielle et le massage du cœur furent employés, mais en vain.

12 juin : autopsie. On constate de solides adhérences entre les deux feuilletts du péricarde et une péri-hépatique fibreuse chronique. La lumière de la veine saphène est, aussi bien à gauche qu'à droite, complètement obturée et la canule d'argent est bouchée par des tissus cicatriciels.

OBSERVATION VIII

(*Soyesima*)

Y NISHIMURA, cinquante-et-un ans, tisserand, admis le 2 mai 1908 avec le diagnostic : cirrhose du foie. N'indique aucun antécédent héréditaire. A eu la petite vérole dans son jeune âge, à treize ans une maladie fébrile, à quinze ans du paludisme, à dix-sept ans des abcès au cou et de la paroi thoracique, à dix-neuf ans le bérubéri. Depuis l'âge de vingt ans, le patient souffre d'une douleur épigastrique, sensation de réplétion dans la région de l'estomac. Renvois, vomissements, maux de cœur. Ces accidents arrivent surtout au printemps et en été. Ils se sont aggravés un peu pendant ces dernières années. Depuis quelques mois, le malade se sent exténué et se plaint de vertiges quand il se déplace. De plus, il remarque que son ventre enfle ainsi que ses jambes et que sa respiration devient difficile. L'appétit est mauvais. Selles deux ou trois fois par jour, légèrement diarrhéiques. Actuellement, homme très anémié, de taille moyenne, amaigri, peau sèche et manquant d'élasticité. Tissu adipeux sous-cutané très réduit. Muscles atrophiés. Pouls régulier, faiblement frappé, quatre-vingt-deux pulsations à la minute. Langue humide et très saburrale. Cuir chevelu normal. Faciès bouffi avec allure de souffrance. Au cou, on perçoit de nombreux nodules mous, élastiques, de la grosseur d'un grain de riz à un haricot. De plus, à la

partie antérieure de la paroi thoracique, on remarque des cicatrices irrégulières.

Thorax symétrique. Expiration diminuée des deux côtés. A la percussion, sonorité affaiblie. Murmure vésiculaire affaibli. La limite supérieure du foie atteint au niveau de la ligne mamillaire le bord supérieur de la quatrième côte. Choc de la pointe du cœur dans le quatrième espace à un doigt en dedans de la ligne mamelonnaire gauche. La matité cardiaque s'arrête en haut à la troisième côte, à droite au bord du sternum et extérieurement un peu en dedans de la ligne du mamelon. Premier bruit un peu sourd. Abdomen très proéminent; l'ombilic est complètement effacé, la paroi abdominale est tendue, luisante, un peu œdédiée. Fluctuation très nette. Les parties déclives sont mates à la percussion. La plus grande circonférence abdominale atteint quatre-vingt-cinq centimètres cinq, la circonférence ombilicale est de quatre-vingt-deux centimètres. De l'ombilic à l'appendice xyphoïde : seize centimètres; de l'ombilic au pubis : quinze centimètres; de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite : seize centimètres cinq; à gauche : dix-sept centimètres cinq. Extrémités supérieures intactes. Les bourses et les deux jambes sont œdédiées. Urine claire, acide, contenant de rares leucocytes et des débris d'épithélium en plateau, ni cylindres, ni albumine, ni sucre. La réaction du suc intestinal est nettement alcaline.

7 mai 1908 : Anesthésie au chloroforme. Etablissement de l'anostomose de la veine saphène droite et de la cavité péritonéale : la lumière du vaisseau est très petite.

16 mai : cicatrisation par première intention et sans réaction. Les fils sont enlevés.

19 mai : la circonférence abdominale augmente. Depuis l'opération, le malade a été ponctionné deux fois, le 13 et le 19. Le liquide ascitique est très clair, légèrement jaune verdâtre, de densité 1005 à 1007. Après la ponction, la plus grande circonférence abdominale se réduit à soixante-dix-huit centimètres cinq et la circonférence ombilicale à soixante-seize centimètres cinq. Le bord inférieur du foie et la rate ne sont pas perceptibles.

21 mai 1908 : anesthésie au chloroforme. Anastomose entre la veine saphène gauche et la cavité péritonéale. La veine est un peu plus grosse qu'à droite. Son diamètre est à peu près de deux millimètres cinq.

1^{er} juin 1908 : cicatrisation normale. Les fils sont enlevés.

10 juin : les deux opérations ne donnant pas de résultat, on avait déjà fait des ponctions le 25 et le 28 mai et on les renouvelle le 4 et le 6 juin. Aussi, le 10, anesthésie au chloroforme. Incision sur la ligne blanche entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde sur quinze centimètres. On trouve le foie diminué, à surface bosselée et de consistance dure. La rate n'est pas augmentée. L'estomac et l'intestin sont normaux. Le péritoine pariétal des deux côtés de l'incision, sur la largeur d'environ une main, est disséqué et l'épiploon est fixé dans les poches sous-séreuses ainsi formées au moyen de quelques points de suture. On suture le fascia et la peau. Pansement au collodion.

24 juin : depuis la dernière opération, la faiblesse générale augmente très vite. Hypothermie. Pouls très faible, parfois intermittent. L'ascite se reforme très rapidement. Fort œdème des jambes et de la paroi abdominale et

thoracique. Lèvres cyanosées. Extrémités refroidies. Ponction le 19 et le 20 juin. Depuis hier au soir, troubles de la sensibilité, enfin à deux heures de l'après-midi le malade s'éteint dans le collapsus.

25 juin : Autopsie. L'épiploon introduit dans les poches sous-séreuses est déjà assez solidement uni à la paroi abdominale : on y distingue une vascularisation assez nette. Dans les deux régions inguinales, en regardant par le côté interne, au-dessus du ligament de POUPART, on constate un enfoncement du péritoine de la grosseur d'une tête d'épingle, en forme d'entonnoir. L'enfoncement du côté droit ne peut pas être sondé. Du côté gauche une petite sonde peut pénétrer à une profondeur de douze centimètres.

OBSERVATION IX (résumé)

(*Slawinsky*)

Femme de 27 ans, avec cirrhose du foie et ascite. Opération de RUOTTE faite d'abord à droite puis trois semaines plus tard à gauche. Au bout de quatre semaines, le liquide recommença à s'accumuler et l'œdème des jambes apparut. L'état général permit de supposer qu'il s'agissait non d'une cirrhose mais d'une tumeur maligne. Mort au bout de quelques semaines. Pas d'autopsie.

OBSERVATION X (résumé)

(*Térébinsky*)

Homme de 30 ans. Début de l'affection il y a un an. Début de l'ascite il y a deux mois. Hypertrophie de la rate et du foie. On évacue par une ponction six litres de liquide et on fait l'opération de RUOTTE le lendemain. Au bout de quinze jours on ne trouvait plus trace de liquide dans l'abdomen. Au quarantième jour, époque où s'arrête l'observation, l'état est très bon.

OBSERVATION XI (résumé)

(*Térébinsky*)

Homme de 25 ans, paludique mais ni syphilitique ni alcoolique. Début par des douleurs il y a neuf mois, suivies neuf mois plus tard d'augmentation du volume du ventre. Rate un peu hypertrophiée ; foie très augmenté de volume et dur ; ascite. Evacuation de huit litres de liquide et intervention le lendemain à droite. La veine saphène est très étroite (un millimètre et demi) et se bifurque déjà à quatre centimètres de son embouchure. La suture est

rendue très difficile par le faible calibre et par le peu de longueur de la veine qu'il faut faire passer sous l'arcade. Au bout de onze jours, on observa une reproduction du liquide. Deuxième intervention : 14 jours après la première. Découverte de la saphène qui présente un diamètre de quatre millimètres et reste sept à huit centimètres sans ramification. Dans ce segment, il y a en deux points des valvules. Section de la veine après ligature du bout périphérique, mais l'abouchement se trouve rendu impossible parce que le bout central saigne. On lie alors ce bout et TÉRÉBINSKY se met en devoir de pratiquer l'opération de TALMA, mais l'incision de la paroi montre qu'il existe déjà de nombreuses adhérences entre la paroi, l'intestin et l'épiploon.

OBSERVATION XII (inédite)

(*MM. Villard, Tavernier et Mouisset*)

Pauline M..., 37 ans, traitée depuis longtemps à l'Hôtel-Dieu dans le service du Docteur MOUISSET avec le diagnostic suivant : Ethylisme — Endocardite rhumatismale (maladie mitrale — prédominance du rétrécissement — induration et insuffisance aortique — foie cardiaque avec cirrhose légère — asystolie hépatique irréductible). Les lésions avaient retenti surtout sur son foie et sur sa

circulation porte, car elle avait une ascite sur laquelle le traitement médical restait sans action et qui nécessitait depuis longtemps des ponctions répétées à intervalles de plus en plus rapprochés (douze ponctions). Devant le caractère irréductible de cette ascite, M. MOURISSET voulut bien nous demander d'essayer sur elle le traitement chirurgical que nous avions proposé pour l'ascite cirrhotique par l'anastomose de la veine mésentérique inférieure avec la veine ovarique.

Mais il nous sembla que cette opération s'appliquait mal au cas particulier de cette malade qui avait un œdème notable des membres inférieurs, de la cyanose légère de la face et des mains, et chez laquelle l'ascite nous semblait sous la dépendance de la stase veineuse de la circulation générale plutôt que sous celle d'une gêne de la circulation porte par obstacle hépatique. Cette hypertension porte par obstacle hépatique est la seule sur laquelle on puisse espérer rationnellement voir agir l'anastomose veineuse des systèmes porte et cave. Aussi fut-il décidé que nous essayerions sur cette malade une autre opération, celle de RUOTTE.

Le 13 septembre 1910, opération de RUOTTE (M. TAVERNIER). La veine saphène fut sectionnée très obliquement à six ou huit centimètres au-dessous de son embouchure dans la fémorale ; après ligature de ses collatérales, le bout supérieur ne saigne pas, ce qui prouve que la valvule de son embouchure est suffisante. Ce bout supérieur basculé autour de son insertion sur la veine fémorale est abouché dans le péritoine, immédiatement au-dessus de l'arcade fémorale et en dedans des vaisseaux épigastriques. L'anastomose fut faite suivant la technique des

sutures vasculaires par un surjet continu, à la soie très fine vaselinée, après pose de quatre fils de suspension dont la traction affrontait les lèvres à suturer.

L'opération terminée, le résultat paraissait satisfaisant en ce sens que la suture était étanche et que la veine, perméable, était manifestement gonflée de liquide ascitique. Mais vers son embouchure, au-dessous de la valvule, la veine était distendue par le sang veineux sous une pression telle qu'il semblait impossible que la tension du liquide ascitique fut jamais suffisante à ouvrir la valvule et laisser écouler ce liquide dans la veine fémorale. La plaie fut suturée sans drainage. Les jours suivants, il se produisit un abondant suintement de sérosité d'œdème à travers la suture cutanée, ce qui retarda un peu la cicatrisation de la plaie et amena même un peu d'infection tardive obligeant à un drainage superficiel.

16 septembre 1910 : L'œdème des jambes, du côté gauche surtout, a augmenté. L'ascite se reproduisit rapidement et dut être ponctionnée de nouveau le 26 septembre (treize jours après l'opération). A partir de ce moment, l'ascite se reproduisit régulièrement comme avant l'opération et les ponctions durent être faites tous les dix à douze jours.

23 novembre 1910 : Essai de drainage sous-cutané de l'ascite au moyen de fils de soie (les détails de cette opération sont consignés dans l'observation III du chapitre III).

5 décembre : L'ascite s'est rapidement reproduite. La plaie va bien.

21 décembre : Ulcération de la jambe gauche. Erisypèle.

26 décembre : Mort.

Autopsie (M. TAVERNIER). — Péritonite purulente, très probablement érisypélateuse, car la ponction du 17 décembre avait donné un liquide clair et la température n'était monté que le 21 en même temps qu'avait apparu l'érisypèle.

L'abouchement de la saphène est complètement bouché sans qu'il en subsiste aucune trace. La veine dans sa traversée de la paroi abdominale se réduit à un cordon fibreux, sans lumière, plongé dans un tissu cicatriciel. Quant aux fils placés en vue d'un drainage sous-cutané, ils sont enkystés sur tout leur trajet.

Examen des viscères (M. MOUISSET). — Cœur : trois-cent-soixante grammes. Pas de liquide dans le péricarde, pas de symphyse, le cœur semble très augmenté de volume, mais ce fait est sous la dépendance de la dilatation énorme des oreillettes qui sont gorgées de sang. La surface du cœur est sillonnée de nombreuses sinuosités produites par la dilatation et la flexuosité des veines coronaires et de leurs branches.

L'oreillette droite est très dilatée ; après son ouverture on en retire une quantité de caillots égale au moins à cent-cinquante grammes. Les parois en sont très épaissies et on note à l'intérieur la saillie des muscles pectinés hypertrophiés. L'auricule droite est également dilatée et hypertrophiée. Dans sa cavité, on note dans les mailles du tissu caverneux des dépôts cruoriques rouges récents à côté de lésions plus anciennes constituées par des dépôts fibrineux assez adhérents. Pas de réouverture du trou de BOTAL. L'oreillette gauche présente les mêmes lésions de dilatation et d'hypertrophie à un degré moins marqué.

Les orifices auriculo-ventriculaires sont insuffisants et rétrécis. L'orifice mitral laisse entre ses deux valves indurées un étroit orifice allongé en forme de fente palpébrale. Il n'admet que l'extrémité du petit doigt. L'orifice tricuspïdien est également insuffisant et rétréci ; il n'admet qu'un doigt. A l'orifice aortique, l'épreuve de l'eau semble montrer qu'il n'y a pas d'insuffisance mais elle existe incontestablement ainsi qu'un rétrécissement qui n'admet que l'extrémité d'une pince fermée. Les valvules, sigmoïdes sont indurées et épaissies au niveau de leur bord axial, adhérentes entre elles par la moitié externe de leur face inférieure ; il en est de même des autres valvules de la grande valve de la mitrale en particulier. Par ces lésions, on se rend compte de la présence d'une poussée d'endocardite aiguë récente, sous forme d'une surface rougeâtre grenue limitée aux bords libres des valvules. Le myocarde paraît sain à la coupe. L'aorte est souple, sans lésions athéromateuses.

Le foie (cent-cinquante grammes) semble globuleux, ramassé sur lui-même. Au-dessous de lésions de péritonite récente, on voit sa capsule blanche, lisse glacée. A la coupe on se rend compte de l'épaisseur et de la densité de la capsule hépatique, vestiges de périhépatite ancienne. Le parenchyme hépatique présente à côté des îlots de la cirrhose des dilatations veineuses du foie cardiaque. En un mot, on note une triple lésion : cirrhose — foie cardiaque — péritonite périhépatique. A l'ouverture de l'abdomen, il s'est écoulé un liquide louche séro-purulent avec des bribes de fausses membranes. Cette péritonite récente est la conséquence de la lymphangite à laquelle la malade

a succombé : il est facile de distinguer ces lésions de la périhépatite chronique.

Rate (cent quatre-vingt grammes) surface épaisse et glacée. A la coupe, congestion de l'organe.

Poumons. A gauche (deux cent soixante grammes) dans la plèvre existe un épanchement citrin de près de deux litres. Le poumon est affaissé, rétracté vers son pédicule et présente à la coupe les lésions de l'atélectasié.

A droite, (trois cent soixante grammes) pas d'épanchement pleural, poumon normal. Ni dans l'un ni dans l'autre des poumons, on ne décèle de lésion de tuberculose ancienne ou en évolution.

Reins (deux cents grammes, cent quatre-vingt cinq grammes) aspect cyanique des reins cardiaques. Ils sont durs. La coupe amène une rétraction de leur capsule qui semble trop petite pour contenir tout le parenchyme. Décortication très facile. Pas de kyste. Congestion de l'organe.

OBSERVATION XIII (inédite)

(*MM. Villard et Tavernier*)

Joséphine S..., entrée le 1^{er} octobre 1910, 64 ans, diagnostic : hématoméso — ulcère du duodénum (?) — cirrhose du foie. La malade vient à l'hôpital pour des douleurs

abdominales. Réglée à onze ans. Elle eut une ménopause précoce. Mariée à dix-neuf ans, elle eut cinq enfants, dont trois vivants, quatre fausses couches, la première de trois mois entre le troisième et le quatrième enfant. Tous ces accouchements nécessitèrent l'application du forceps. Son mari est mort à quarante-neuf ans spécifique. Il y a quinze ans, fièvre dont la nature ne peut être précisée par la malade et pour laquelle elle a été soignée dans le service de M. TEISSIER. La malade avoue avoir eu une éruption de boutons généralisée à tout le corps. On en relève des traces surtout aux membres inférieurs sous forme de cicatrices violacées; elle perdit ses cheveux, ressentit de violentes douleurs dans les tibias, surtout la nuit, et empêchant la marche. La malade nie tout autre maladie grave; elle n'a jamais joui pourtant d'une santé robuste. Depuis un mois, elle éprouve des nausées fréquentes, elle a perdu ses forces et maigri considérablement. Les digestions se font normalement. Epistaxis fréquentes. Le 1^{er} octobre, au réveil, la malade eut un grand vomissement de sang; elle n'éprouva auparavant aucune pesanteur douloureuse à l'épigastre, ne perdit pas connaissance. Elle ressentit seulement un malaise général; le sang qu'elle vomit sans effort était noirâtre; elle put reconnaître pourtant dans la cuvette quelques particules de sang rouge. En allant à la selle, elle constate que ses matières sont noirâtres. Une heure après, nouveau vomissement de sang noir, mais moins abondant. Depuis ce temps, la malade a un état nauséux persistant, mais n'a vomi ni sang ni aliments. Elle ressent des douleurs abdominales supportables surtout marquées du côté gauche du ventre, irradiées dans la légion lombaire. Diarrhée persistante.

A l'examen, malade amaigrie, anémiée. Paroi abdominale très relâchée et flasque. Petite hernie sus-ombilicale. Abdomen météorisé, souple. Pas d'ascite. On observe pas d'ondes péristaltiques. La palpation ne révèle pas de point cystique ni appendiculaire, elle est surtout douloureuse à gauche. Matité dans les flancs paraissant se déplacer avec les changements de position de la malade. L'estomac, qui ne paraît pas dilaté, ne clapote pas. Epigastre tendu. Foie non perçu. Pas de ganglions dans le creux sus-claviculaire. Touchers vaginal et rectal négatifs. Au cœur, pointe déviée en dehors. Souffle systolique ayant son maximum à la pointe et se propageant nettement dans l'aisselle. Vibration mitrale perceptible à la main. Au foyer aortique, le deuxième bruit est assourdi. Pouls petit. Poumons : respiration soufflante surtout à gauche. Système nerveux : on peut mettre en évidence quelques signes myosis, réflexes rotuliens abolis, signes de ROMBERG positifs, pas d'ARGYLL-ROBERTSON ni de paralysie oculaire. Malade gênée pour parler. Parole lente et pénible.

Les selles renferment du sang.

Température à l'entrée, 37,8.

Le 4 octobre 1910, hématomène considérable, caillots nombreux.

Le 6 octobre, l'hématomène de la veille décide M. TAVERNIER à intervenir. Laparotomie sus-ombilicale. A l'ouverture de la paroi, on trouve une volumineuse ascite évacuée par l'aspirateur. Foie cirrhotique. Nombreuses adhérences solides dans la région vésiculaire et pylorique : on les respecte. Jéjunostomie d'après le procédé de WITZEL. Six jours d'alimentation uniquement jéjunale puis on permet pendant deux jours quelques petites cuillerées

d'eau pour humecter la bouche. A partir du huitième jour, l'alimentation est peu à peu reprise par la bouche sans que les hématomésés récidivent. La sonde est laissée par mesure de sécurité jusqu'au quinzième jour. La fistule se ferme deux jours après sans avoir jamais laissé refluer le contenu intestinal ni avant ni après l'ablation de la sonde.

19 novembre 1910 : l'ascite s'est reproduite. On fait l'opération de RUOTTE (M. VILLARD). Incision verticale de quinze centimètres environ remontant au-dessus de l'arcade de Fallope et descendant dans la direction de la veine saphène interne droite. Celle-ci est disséquée et dénudée sur toute l'étendue de l'incision. Ses affluents sont liés. On incise ensuite en croix la paroi antérieure du canal inguinal : le péritoine vient faire saillie. Après l'avoir soigneusement dénudé, on le ponctionne et on vide la plus grande partie de l'ascite au moyen de l'aspirateur. L'extrémité supérieure de la partie dénudée de la saphène est alors coupée très obliquement en bec de flûte. Ligature du bout périphérique. Le bout central est renversé en haut. On lie l'orifice péritonéal qui a servi à vider l'ascite et l'on fait sur le péritoine une incision légèrement oblique de la longueur de la section veineuse. Deux fils sont passés aux deux extrémités de cette incision et fixent les deux extrémités du grand diamètre de la section veineuse. Suture des deux lèvres en commençant par la postérieure, en surjet comme pour une gastro-entéro-anastomose. Ces sutures sont faites avec des aiguilles et du fil de suture vasculaire. La petite quantité d'ascite qui continue à s'écouler en faisant saillir les lèvres de l'incision péritonéale facilite la manœuvre. Surjet de capitonnage du tissu cellulaire. Pansement non compressif.

Aspect satisfaisant à la fin de l'opération ; veine gonflée de liquide ascitique. Cicatrisation par première intention. Le résultat fonctionnel fut nul et l'ascite se reproduisit, lentement il est vrai mais dans le même laps de temps qu'elle avait mis à se former la première fois.

Le 11 janvier, la distension de l'abdomen était extrême et une ponction dut être faite qui évacua seize litres de liquide.

Le 2 février, ponction de 10 litres.

15 février : mort. Pas d'autopsie.

RUOTTE, dans sa communication à la Société de chirurgie de Lyon, ne signale aucun incident arrivé au cours de ses interventions, si ce n'est dans son quatrième cas la production d'une fistule. Toujours, il trouva une veine saphène de diamètre normal et put sans difficulté la suturer au péritoine. Toujours, dans ses autopsies, au nombre de trois, et il insiste sur ce point, il constata la parfaite perméabilité de ses anastomoses. Il n'en est pas de même de ses imitateurs. Dans les deux examens post mortem de SOYESIMA et celui de M. TAVERNIER, l'anastomose vasculo-péritonéale était complètement bouchée, la veine saphène réduite en totalité ou en partie à un cordon fibreux entouré d'un bloc dense de tissu cicatriciel. De plus, et c'est peut-être là la cause de l'oblitération facile de l'anastomose, SOYESIMA trouva deux fois à droite et une fois à gauche des veines très petites (un millimètre et demi de diamètre). Quant à TEREbinsky, il rencontra une autre difficulté : d'un côté la saphène

était très étroite et se divisait déjà à quatre centimètres de son embouchure dans la fémorale, d'où difficulté très grande de la suture ; de l'autre côté, le bout central de la veine sectionnée saignait : ses valvules étaient insuffisantes et l'abouchement au péritoine impossible.

Insuffisance valvulaire de la saphène : voilà donc une première contre-indication, un empêchement absolu à l'opération de RUOTTE. GUIBÉ en cite un autre : « On ne peut songer en effet à pratiquer le drainage « saphénien que dans les cas où il s'agit vraiment d'une « ascite, c'est-à-dire d'un épanchement séreux aseptique ; la présence de microbes dans l'épanchement « est une contre-indication à ce mode de drainage. « Il n'y a pas lieu d'ailleurs, d'insister sur ce point « qui ressort de lui-même pour les cas d'infection « banale par des microbes pyogènes vulgaires ; mais « on doit signaler les cas, assez fréquents, où l'épanchement péritonéal relève d'une tuberculose dis- « crète de la séreuse : il ne serait en effet pas sans « inconvénient de provoquer une bacillémie véritable « en faisant entraîner dans le torrent circulatoire le « liquide péritonéal plus ou moins chargé de microbes. » Il faut donc avant de pratiquer le drainage à la RUOTTE, avoir la certitude que l'ascite est due à de la cirrhose seule et non à de la cirrhose associée à de la tuberculose péritonéale et s'efforcer de déceler le bacille de KOCH par tous les moyens de laboratoire aujourd'hui à notre disposition : cyto-diagnostic, sero-diagnostic, injection de liquide ascitique dans la mamelle de cobaye, etc... L'ascite tuberculeuse, elle,

est justiciable de la laparotomie seule et non de l'opération de RUOTTE.

La technique de l'opération est très bien décrite dans la première observation de son inventeur, nous croyons absolument inutile d'y revenir. SOYESIMA semble, à peu de choses près, avoir suivi la même méthode.

MM. VILLARD et TAVERNIER, au lieu de suturer la veine au péritoine par des points déparés au catgut n° 0, préférèrent employer la technique des sutures vasculaires par un surjet continu, à la soie très fine vaselinée, après pose de quatre fils de suspension dont la traction affrontait les lèvres à suturer. Dans leur deuxième intervention, ils apportèrent même une légère variante à ce procédé : ils n'employèrent plus que deux fils de suspension au lieu de quatre et pratiquèrent la réunion comme pour une suture muco-muqueuse dans une entéro-anastomose, en faisant la moitié du surjet par l'intérieur de la veine et l'autre moitié par l'extérieur. Nous ne croyons pas qu'on puisse imputer à ce mode de suture en surjet l'échec des deux chirurgiens lyonnais. DELAGENIÈRE, au Congrès français de chirurgie de 1906, après un long rapport de LEJARS sur la technique la meilleure à employer pour la suture veineuse, s'exprimait ainsi : « La suture « est pratiquée avec une aiguille ronde de couturière « ou une aiguille pour intestin. On peut employer « n'importe quel fil ; nous avons employé les fils de « lin et de soie fine. L'aiguille doit traverser toute « l'épaisseur des parois de la veine et le fil doit être « bien serré à chaque point. Il faut toujours coudre en « surjet pour ne pas laisser d'espace mort entre deux

« points. » C'est là la technique employée à Lyon et il est difficile d'admettre que cette technique la meilleure pour suturer deux veines entre elles soit moins bonne pour suturer un vaisseau au péritoine.

En somme, le drainage saphénien ne semble guère avoir eu de résultat que dans les interventions de l'inventeur et celui-ci même n'eut pas que des succès puisque dans sa quatrième observation, il annonce un résultat thérapeutique nul (et cependant dans ce cas, à l'autopsie, il constata la perméabilité de son anastomose). En examinant de près les cas relatés par RUOTTE, nous voyons que seule sa deuxième intervention fut un succès indiscutable : plus de deux ans après l'ascite ne s'était pas produite. Dans le premier cas et dans le troisième, il y eut bien un résultat, mais les malades moururent peu après l'opération, quarante jours pour le premier et quinze pour le second. Si la mort n'était pas survenue, l'ascite n'aurait-elle pas reparue par la suite ! Et ne peut-on pas faire la même remarque pour le dernier cas dont l'observation s'arrête vingt-six jours seulement après l'opération ? Quant à SOYESIMA, sur trois essais, un seul fut un succès et encore le résultat ne fut pas aussi rapide que chez RUOTTE et se fit bien attendre puisqu'il ne fut constaté que près de trois mois après l'opération : en tout cas, il fut durable.

L'opéré de SLAWINSKY voit son ascite disparaître pour quatre semaines, puis meurt. Il est vrai que l'auteur reconnaît qu'il n'avait pas eu affaire à une cirrhose, mais une tumeur maligne du foie. Dans le premier cas de TEREbinsky, il y eut bien un résultat satisfaisant constaté quarante jours après l'interven-

tion, mais nous ne savons pas si ce succès fut définitif.

En résumé, en laissant de côté le cas de M. MAIRE, sur lequel nous n'avons pas de renseignement, sur treize essais de drainage permanent de l'ascite par abouchement de la saphène au péritoine, il y eut deux succès certains et durables et cinq résultats sur lesquels nous ne pouvons guère nous prononcer ; les six autres cas furent des échecs.

RUOTTE dit bien que son opération ne peut avoir de suite heureuse que si les lésions hépatiques ou rénales laissent encore une perméabilité suffisante de ces organes : on ne doit pas opérer un sujet dont les lésions sont irrémédiables. Aussi, conseille-t-il un examen approfondi du malade permettant d'apprécier d'une façon aussi précise que possible l'état des divers organes. Cela explique bien la mort des opérés mais ne nous donne pas la cause des nombreux échecs de la méthode. Et puis, que dire de ce cas (le quatrième de RUOTTE) où, à l'autopsie, on trouve une anastomose complètement perméable et une veine saphène dont la lumière est même agrandie et pour lequel l'auteur relate un résultat thérapeutique nul. La discordance de tous ces résultats est en somme très difficile à expliquer. D'ailleurs, la pression constatée par M. TAVERNIER chez ses deux malades, au-delà de la valvule de la veine saphène et bien que les patients fussent couchés, nous montre la difficulté qu'il y a pour le liquide ascitique à s'écouler par la veine fémorale même si l'anastomose est restée complètement perméable. Il faut que le liquide intra-péritonéal atteigne

une certaine tension pour forcer les valvules de la saphène, tension assez considérable et presque impossible à atteindre puisqu'elle devra être supérieure à la pression du sang dans la veine fémorale. Admettons même que la tension abdominale arrive à vaincre la résistance des valvules, l'écoulement de la sérosité se fera bien, mais en peu de temps la pression de l'ascite baissera et l'écoulement sera arrêté : jamais le liquide ne pourra se drainer complètement et la possibilité du drainage saphénien nous semble bien difficile à admettre. Pour GUIBÉ, les bons résultats obtenus tiennent plutôt à une autre cause que l'écoulement du liquide ascitique par la veine saphène et la fémorale, peut-être à la formation d'anastomoses entre les systèmes porte et cave grâce à des adhérences formées spontanément entre le péritoine pariétal et les viscères, adhérences constatées d'ailleurs dans le deuxième cas de TERE-BINSKY.

En tout cas, nous croyons qu'à l'heure actuelle l'opération de RUOTTE, si tentante par son élégance et sa simplicité n'a pas donné de résultat probant ; les essais ont été trop peu nombreux, les résultats trop discordants ; il y a eu trop d'échecs pour qu'on puisse la conseiller dans le traitement de l'ascite.

CHAPITRE III

Drainage sous-cutané

A côté du drainage saphénien existe une autre méthode de traitement chirurgical de l'ascite qui consiste à amener le liquide péritonéal dans le tissu cellulaire sous-cutané afin que là, grâce au réseau lymphatique, il se résorbe au fur et à mesure de sa production.

Dans cet ordre d'idée, les chirurgiens ont proposé divers modes de drainage. Nous étudierons :

1° La fistulisation borgne-interne de l'abdomen de LAMBOTTE (Bruxelles) ;

2° Le drainage sous-cutané abdominal de PATERSON ;

3° Le drainage fémoral d'après la théorie d'ESSEX WINTER et de W. SAMPSON HANDLEY avec ses modifications.

1° Fistulisation borgne-interne de l'abdomen

Pour LAMBOTTE, de Bruxelles, l'efficacité de l'opération de TALMA serait peut-être due à ce que les fils de

soie employés pour les sutures embrassent à la fois le péritoine et quelque peu des tissus voisins et forment ainsi comme de petits sétons allant de la séreuse, siège de l'épanchement, à une région où la résorption peut se faire facilement. Partant de cette considération, LAMBOTTE eut l'idée, pour traiter une ascite par cirrhose chez un homme de 45 ans, de créer une fistulisation borgne-interne de l'abdomen, fistulisation dont le trajet était suivi par un gros fil de soie qui par capillarité était chargé d'amener le liquide ascitique dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse où il serait facilement résorbé par les lymphatiques. Voici quelle fut la technique employée :

OBSERVATION I

(Lambotte)

A travers un trocart enfoncé dans l'abdomen comme pour pratiquer la ponction de l'ascite on introduisit avant l'écoulement du liquide un gros fil de soie portant un très gros nœud à six centimètres de son extrémité profonde. Le trocart ayant été retiré, on munit l'extrémité externe du fil de soie d'une aiguille longue de trente centimètres. On engagea alors celle-ci dans le trajet suivi précédemment par le trocart et on la conduisit sous la peau jusqu'à mi-

cuisse. A cet endroit, on dégagea l'aiguille et on sectionna le fil au ras de la peau puis, par quelques frictions, on fit disparaître l'extrémité sectionnée sous les téguments. Une opération analogue fut séance tenante pratiquée de l'autre côté. Les suites furent des plus simples sans la moindre complication au niveau du trajet des ponctions. Pendant les trois premiers jours, aucun changement appréciable ne se produisit, mais le quatrième jour on constata une diminution considérable de l'ascite, diminution qui ne fit que s'accroître les jours suivants. Il convient de noter que le trajet des fils, qui était demeuré sans réaction les trois premiers jours, devint à partir du quatrième le siège d'une plaque d'œdème grande comme la main et faisant une saillie de un centimètre sur la surface cutanée voisine. Lorsque à quelque temps de là, le malade quitta l'hôpital, l'ascite était si réduite qu'il fallut la rechercher avec le plus grand soin pour en déceler les traces. La situation demeura excellente pendant plusieurs semaines. Cet homme, qui avait été longtemps confiné au lit, put, à nouveau, vaquer à ses affaires. Mais brusquement, l'ascite reparut abondante. Malgré une ponction d'urgence, le malade déclina rapidement et succomba dans le marasme.

Autopsie. — On constata que les fils s'étaient retirés de la paroi abdominale et ne plongeaient plus dans le péritoine.

W. SAMPSON HANDLEY, professeur au Collège Royal de chirurgie d'Angleterre, qui déjà, dans des œdèmes d'origine lymphatique, avait obtenu de bons résultats pour le drai-

nage à la soie, voulut essayer sa méthode dans un cas d'ascite par cirrhose alcoolique. HANDLEY semble ignorer LAMBOTTE son précurseur puisque dans un article paru dans le BRITISH MÉDICAL JOURNAL il n'en fait pas mention.

OBSERVATION II

(*Handley*)

Emilie B..., née en 1869. Malgré une intempérance habituelle, depuis quelques années, jouissait d'une bonne santé jusqu'en 1906, lorsqu'elle eut une pneumonie. Le 22 janvier 1909, elle fut admise à l'hôpital de MIDDLESEX dans le service du Docteur PASTEUR pour cirrhose du foie et ascite. Elle sortit de l'hôpital le 23 février bien soulagée par le traitement. Sa circonférence abdominale avait diminué d'un pouce et demi ; les hématémèses avaient cessé et les douleurs aiguës dont elle se plaignait du côté gauche de l'abdomen avaient disparu. Mais une semaine après les symptômes réapparurent et elle revint à l'hôpital le 1^{er} avril. Pendant ce temps, son abdomen avait augmenté considérablement de volume et la tension était si forte qu'on ne pouvait plus percevoir le flot. Le 2 avril, ponction de dix pintes de liquide légèrement teinté de bile. Après la ponction, on constata l'atrophie du foie, la matité de cet organe n'atteignant pas le rebord costal. Je décidais

d'essayer un drainage interne à l'aide de fils de soie. Incision sur la ligne semi-lunaire gauche, une grande quantité de liquide s'échappa. Le péritoine était en général très congestionné, plus spécialement l'épiploon qui suintait quand on le pressait avec la main. Plusieurs ligatures furent faites pour arrêter ce suintement. Avec une forte aiguille, enfilée de soie, on fit une série de boucles réunissant le péritoine et les tissus subpéritonéaux, depuis la fosse iliaque jusqu'au méso-colon. De courtes boucles de soie furent laissées dans la cavité péritonéale pour aspirer le liquide par capillarité. On procéda ainsi avec trois autres fils. Les extrémités des quatre fils furent amenées vers l'épine iliaque antéro-supérieure et là à l'aide d'une longue sonde furent poussées, au-dessus de l'arcade crurale, dans les tissus sous-cutanés de la cuisse. La plaie abdominale fut alors fermée par un certain nombre de ligatures à la soie comprenant le péritoine et les masses musculaires de l'abdomen mais laissant de côté la peau. Puis la peau fut suturée à son tour. Au premier abord l'opération sembla être un échec, le liquide ascitique reparut et une ponction devint nécessaire dix-huit jours après l'opération : on retira sept pintes et demi de liquide. Deux jours après, la malade, sur sa demande, sortit de l'hôpital; elle avait de l'ictère et semblait n'avoir plus que peu de temps à vivre. Je pensais que peut-être, si elle pouvait se lever, la pesanteur faciliterait le drainage abdominal mais malgré tout j'avais abandonné tout espoir de réussite. La circonférence abdominale était de trente-cinq pouces $3/4$ et le liquide paraissait augmenter rapidement.

Ce fut une surprise quand le 28 juillet 1909 la malade se représenta devant moi paraissant se porter bien mieux.

Son abdomen, quoique contenant du liquide, était flasque et la circonférence avait diminué de trois pouces. Tout autour de la cicatrice, il y avait une plaque d'œdème mesurant environ huit pouces sur quatre, preuve évidente que la soie employée pour les sutures avait donné le résultat désiré. D'autre part, la cuisse et la jambe loin d'être œdématisées étaient plus petites à gauche qu'à droite et cela semblait montrer que les fils laissés dans la cuisse avaient été inutiles.

Autour du 1^{er} novembre 1909, sur la jambe gauche, au-dessus du genou, apparurent des gommes sous-cutanées et à peu près en même temps la jambe commença à enfler. Le 8 janvier 1910, quand je revis la malade la jambe était nettement enflée, mesurant plus d'un pouce de plus que la droite et présentant de nombreuses gommes dont l'une était ulcérée. La jambe droite était un peu enflée, l'œdème abdominal avait disparu.

Près de l'ombilic, la circonférence abdominale était de trente-cinq pouces et demi, à peu près, comme huit mois avant, mais mesurant trois pouces de plus que le 28 juillet 1909. L'abdomen était flasque et malgré la quantité de liquide on ne pouvait percevoir le flot. Le foie était perçu au-dessous des côtes et cependant après la première ponction on l'avait jugé atrophié. Teint naturel, pas d'ictère, langue propre et humide, quoique la malade n'ait pas abandonné l'alcool. Plus de douleurs abdominales, la malade vit sa vie ordinaire quoique, quelque temps avant, elle semblait au seuil de la tombe.

Il est intéressant de remarquer que sept mois et demi après l'opération, il n'y avait pas trace de fonctionnement effectif des fils de soie laissés dans la cuisse et que l'ap-

parition des gomme et de l'œdème de la jambe se fit au même moment. On peut critiquer ce traitement à différents point de vue. On peut dire que la malade était syphilitique et non alcoolique et que l'ascite spécifique cède devant le traitement de la syphilis. Mais alors que la syphilis était douteuse l'alcoolisme ne l'était pas et de plus le traitement spécifique ne fut commencé que le 10 janvier 1910, c'est-à-dire neuf mois après l'opération.

Et HANDLEY conclut que depuis l'opération, c'est-à-dire depuis sept mois et sans causer d'œdème, les fils de soie de la cuisse avaient dû fonctionner comme drains ; mais on peut objecter que cet œdème tardif qui apparut sur la jambe gauche n'était peut être pas une preuve du bon fonctionnement des fils de soie mais accompagnait simplement l'apparition des gomme dans cette région. D'ailleurs, le chirurgien anglais ne conseille pas de généraliser son système ; il préfère attendre de nouveaux essais et des résultats plus probants.

En 1910, à LYON, M. TAVERNIER reprit l'opération de LAMBOTTE, mais un œdème considérable de la cuisse l'empêcha de faire le drainage dans cette région déclive et il amena non plus un seul fil de soie mais quatre dans le tissu cellulaire sous-cutané en avant au sternum.

OBSERVATION III (inédite)

(Villard et Tavernier)

(suite de l'observation XII du chapitre II)

Pauline M..., trente sept ans, ascite cardiaque, ponctions répétées. 13 septembre 1910 : opération de RUOTTE sans succès.

Devant cet insuccès du drainage saphénien, la malade réclamant une nouvelle intervention qui la débarrasse de son ascite, nous décidons d'essayer un drainage sous-cutané au moyen des fils de soie.

Opération le 23 novembre 1910 (M. TAVERNIER). — Une très petite laparotomie sous-ombilicale vide l'ascite. La paroi abdominale au-dessus d'elle est ponctionnée au bistouri de dedans au dehors, depuis le péritoine jusqu'à la peau exclusivement ; puis un long stylet rigide est conduit à travers cette boutonnière, remontant sous la peau, au-devant du sternum jusqu'à la fourchette sternale ; il sort là à travers une petite incision cutanée. Il entraîne à sa suite quatre gros fils de soie qui plongent de cinq à dix centimètres dans la cavité péritonéale et s'arrêtent sous la peau à quelques centimètres de la fourchette sternale. Suture complète des incisions. A la suite de cette intervention, il y eut d'abord un peu de réaction inflammatoire douloureuse le long du trajet sous-cutané des fils, avec température autour de trente-huit et trente-neuf degrés, mais sans gros œdème ni abcès. A partir du 8 décembre

tolérance parfaite. L'ascite se reproduisit mais plus lentement qu'auparavant et on put attendre jusqu'au 17 décembre, c'est-à-dire vingt-quatre jours après l'opération, avant de faire une nouvelle ponction. Le 21 décembre, une ulcération de la jambe gauche très œdématiée devint le point de départ d'un érysipèle qui remonta jusque sur l'abdomen et entraîna la mort le 26 décembre.

Autopsie. — (Nous ne citons ici que ce qui concerne le drainage sous-cutané). Trois des fils de soie intrapéritonéaux sont accolés à la paroi abdominale antérieure par des adhérences, mais le quatrième, le plus long, plonge librement dans le liquide ascitique, son extrémité seule étant adhérente au foie. Il paraît susceptible de remplir son rôle d'aspirateur du liquide. Mais, dans leur trajet sous-cutané, les fils sont entourés d'un véritable canal à paroi blanchâtre et lisse comme s'il était formé d'un tissu fibreux revêtu d'une séreuse. Le canal paraît les enkyster et empêcher le liquide qu'ils pourraient amener des'infiltrer dans les mailles du tissu cellulaire voisin.

Examen histologique. — Paroi fistuleuse autour d'un fil de soie. On ne voit que du tissu fibreux semé de très nombreuses cellules inflammatoires.

Cette autopsie montre bien le défaut de la méthode. Il est à peu près fatal que l'extrémité des drains placés dans la cavité péritonéale doit rapidement se cloisonner et empêcher ainsi toute capillarité. De plus, il se produit au point où le liquide est amené, une irritation chronique des tissus et il se forme autour des fils de

soie une gaine fibreuse imperméable, qui, par sa présence explique pourquoi le liquide qui, au début, s'infiltrait bien dans les mailles du tissu sous-cutané ne peut alors plus être résorbé et pourquoi après un temps plus ou moins long le drainage cesse brusquement.

2° Drainage sous-cutané abdominal

PETER PATERSON, Chirurgien à l'hôpital de Glasgow, qui vit bien ce cloisonnement fatal des drains capillaires placés dans la cavité péritonéale, imagina un autre système.

Il se sert de drains de forme telle qu'ils ne puissent pas tomber dans la cavité péritonéale. Ces drains, en forme de boutons, consistent en un cylindre de verre perforé, terminé à chaque extrémité par un large rebord de $1/16^{\circ}$ de pouce arrondi et parfaitement lisse. Ces boutons sont de longueurs différentes de façon à pouvoir s'adapter à chaque malade suivant l'épaisseur de sa paroi abdominale. Le diamètre du canal par où doit s'écouler le liquide est de $1/12^{\circ}$ de pouce. La mise en place de ces petits appareils est très simple et voici la technique que conseille PATERSON :

« Incision de près de 3 pouces sur la ligne médiane
« au-dessus de l'ombilic. Le péritoine est sectionné
« suivant la même ligne : à ce moment la plus grande
« partie du liquide ascitique s'écoule : l'épiploon est
« alors sorti et relevé au-dessus du niveau où l'on veut
« placer le drain. On prend cette précaution de peur
« qu'il ne vienne obturer l'ouverture interne de l'ap-

« pareil (ce fut là d'ailleurs une première cause d'in-
« succès pour l'auteur). L'épiploon relevé, la peau est
« disséquée et rejetée par côté jusqu'à ce qu'apparaisse
« la ligne semi-lunaire. A cet endroit, on fait une
« toute petite incision intéressant la paroi musculaire
« et le péritoine, incision juste suffisante pour laisser
« passer le bouton que l'on peut placer soit du côté de
« la cavité péritonéale, soit du côté de la peau. Dans
« ce dernier cas, faire attention de bien prendre entre
« les deux rebords de l'appareil la paroi toute entière,
« tissus sous-péritonéaux compris. Le bouton, une fois
« en place, ses rebords doivent de chaque côté reposer
« bien à plat sans qu'il y ait compression des tissus.
« Si l'appareil est trop long, il fait saillie dans la cavité
« péritonéale et une anse intestinale peut être pincée
« entre le rebord et la paroi ; s'il est trop court, par
« suite des contractions musculaires, il arrivera à se
« frayer un passage à travers les tissus. Si l'ouverture
« a été faite trop grande, il faut l'amoindrir par des
« points de suture afin que le drain ne puisse pas
« s'échapper. L'appareil placé, on suture la face anté-
« rieure de la gaine des droits avec les tissus sous-
« cutanés. Cette suture doit être parallèle à la pre-
« mière incision et à peu près à un pouce d'elle. De
« cette façon, le liquide qui s'échappe ne peut pas par
« sa pression influencer sur la solidité de la suture cu-
« tanée. Enfin, la plaie abdominale est fermée de la
« façon habituelle et la peau solidement cousue. Pan-
« sement au collodion renouvelé tant que la plaie n'est
« pas cicatrisée.

Vingt-quatre heures après l'opération, il se produit

une grosse plaque d'œdème à l'endroit où se trouve le drain, œdème variant avec l'importance de l'ascite et qui diminue légèrement par la suite. PATERSON ajoute qu'il a pratiqué souvent cette intervention dans des cas d'ascite par cirrhose et que presque toujours il a constaté une diminution de la tension abdominale et un soulagement de ses malades. Dans deux cas où les malades moururent, à l'autopsie, il ne trouva pas d'adhérence entre les anses intestinales et les rebords du drain, Il est toutefois regrettable que dans son article, PATERSON ne donne pas de preuve plus palpable de ses résultats et ne cite pas quelques observations.

SOYESIMA, lui aussi, essaya le drainage sous-cutané (voir observation VI, chapitre II) il employa une canule en argent à paroi fenêtrée, de la grosseur d'un porte-plume, portant à l'une de ses extrémités un rebord large de deux centimètres et destiné à être placé sous la peau. Après pose de la canule, il sembla que le liquide ascitique se résorbait bien et que le drainage serait durable. Mais cela ne dura malheureusement pas : l'œdème sous-cutané disparut, le drainage ne se faisait plus. Et quand un an et demi après, lors d'une autre opération, on enleva la canule, on la trouva enfouie dans un tissu cicatriciel dense et complètement bouchée.

HANDLEY, dans le mémoire du BRITISH MÉDICAL JOURNAL où il expose son drainage fémoral, cite un essai du docteur WYNTER qui voulut mettre la cavité péritonéale en communication avec le tissu sous-cutané abdominal, grâce à un bouton en argent et qui n'obtint aucun résultat.

Il est certain que le mode de drainage de PATERSON et les systèmes similaires peuvent donner des résultats immédiats. De suite après l'opération, le liquide ascitique doit s'infiltrer dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'abdomen et s'y résorber. Mais ce résultat n'est que temporaire. Les drains ne peuvent éviter la grande loi qui veut que tout corps étranger introduit dans l'organisme y soit rapidement entouré de tissu cicatriciel et enkysté. Tôt ou tard, soit du côté péritonéal, soit du côté sous-cutané, il doit se former des adhérences qui viennent obturer la lumière du tube. Le liquide qui passe en somme au début très librement par la canule ou le bouton, doit, comme cela se produit dans le système de LAMBOTTE, irriter les tissus qu'il baigne et peu à peu le tissu infiltré devient plus dense et ne laisse plus rien passer. Et peut-être même cet encapsulement du liquide drainé doit être plus rapide qu'avec les fils de soie, car avec ces derniers on peut espérer que, grâce à la lenteur du drainage, l'irritation sera moindre et le tissu fibreux plus long à se former

3° Drainage Fémoral

Ce fut le Docteur ESSEX WYNTER, Chirurgien à l'Hôpital de Middlesex, qui donna l'idée à HANDLEY d'essayer de drainer le liquide ascitique par le canal crural. Nous croyons intéressant de donner ici la traduction de la technique opératoire qu'employa HANDLEY et des cinq observations qu'il a publiées à ce sujet.

« La seule difficulté consiste à trouver le canal

« crural. L'abdomen tendu bombe par dessus le
« triangle de SCARPA et le canal crural, grâce à la
« tension du liquide abdominal et peut-être grâce à
« une contraction du péritoine provenant de son inflam-
« mation, semble se retirer au-dessus du ligament de
« POUPART. Les instruments nécessaires sont : 1° Un
« trocart recourbé suffisamment gros et une canule ;
« 2° Une sonde à pointe mousse recourbée de façon à
« pouvoir passer dans la canule. La cavité péritonéale
« est percée sur la ligne médiane, à peu près à deux
« pouces du pubis. On retire le trocart et on enfonce la
« sonde dans la canule. Puis, par une incision, on
« découvre la région crurale et au moyen de la sonde,
« on fait saillir le péritoine dans la plaie ainsi faite. Le
« péritoine est alors saisi au moyen de deux paires de
« pinces, de chaque côté de la sonde, et avec des ciseaux
« dégagé des tissus environnants. On le sectionne, une
« certaine quantité de liquide s'échappe, mais il faut
« bien se garder de vider l'abdomen. Aussi, de chaque
« côté de l'ouverture fait-on deux sutures comprenant
« à la fois le péritoine et le ligament de POUPART et
« empêchant l'ouverture péritonéale de s'agrandir
« Suture cutanée. »

OBSERVATION I

(*Handley*)

Malade atteint de cirrhose avec tous ses symptômes. Subitement, vers le 4 juillet 1907, l'ascite se développa et s'accompagna d'un peu d'ictère et d'œdème des jambes. L'urine contenait des traces d'albumine. L'ascite s'accrut malgré le traitement ordinaire et au mois d'août on fit une ponction de trois cents onces. Le 3 septembre, la tension abdominale était redevenue la même qu'avant la ponction et on fit le drainage fémoral du côté droit. A ce moment, il s'écoula une grande quantité de liquide, une ponction aida à cet écoulement. Pendant trois semaines il y eut un petit suintement à travers un trou de point de suture. L'ascite ne reparut pas et le 10 novembre la cavité abdominale était complètement vide de tout liquide. On permit au malade de se lever et il n'y eut pas d'œdème de la jambe du côté opéré. Celle-ci était au contraire d'un pouce plus petite que la jambe gauche. Actuellement (janvier 1910), après deux ans et demi, le malade va très bien.

OBSERVATION II

(*Handley*)

Homme de 43 ans, cirrhose alcoolique avec ascite rapide. Le 10 novembre 1907, on fit une ponction de deux cent

septante quatre onces. Une nouvelle ponction faite seulement trois jours après donna sept cent quatre-vingt-quatre onces de liquide. Une semaine après, le drainage fémoral fut essayé à droite avec très peu de résultat. Le 13 décembre, ponction de quatre cent vingt onces et le 3 janvier 1908, ponction de quatre cent trente onces. Le 13 janvier, drainage fémoral du côté gauche. Trois semaines après, le drainage cessa et l'ascite reparut. En désespoir de cause, le 8 février, la plaie du côté gauche fut rouverte et on constata que l'ouverture péritonéale s'était fermée. On la rouvrit et un petit tampon de gaze d'un pouce de diamètre fut placé entre le péritoine et l'orifice externe du canal crural. Trois fils de soie fixés au tampon furent passés dans les tissus de la cuisse. Une ponction fut à nouveau nécessaire le 14 février pour diminuer la tension abdominale. Le malade mourut le 16 février avec anurie, coma et délire.

A l'autopsie, on constate une obturation complète de l'ouverture faite au péritoine à droite, alors que du côté gauche le tampon de gaze était complètement entouré d'adhérences rendant le drainage impossible. L'examen du foie montra une cirrhose très avancée.

OBSERVATION III

(*John Murray*)

Dans le troisième cas de tentative de drainage fémoral pour ascite par cirrhose alcoolique, opéré sur la demande

du docteur WYNTER par John MURRAY, en novembre 1908, on introduisit dans le canal crural un tube en os décalcifié et cela dans le but de maintenir les tissus. L'abdomen se remplit dans la quinzaine qui suivit l'opération. On fit une ponction. L'ascite ne se reproduisit pas et le malade s'en trouva très bien.

OBSERVATION IV

(*Handley*)

Femme de 53 ans, raconte qu'elle fut guérie de son ascite il y a trois ans après une série de trois ponctions. Jaunisse, ascite rapide. On fait le drainage fémoral sans résultat. L'autopsie montre un carcinome primitif du foie ayant succédé à une cirrhose et sans métastase secondaire.

OBSERVATION V

(*Handley*)

Homme âgé de 55 ans. Fut amené pour une hernie inguinale double et de l'ascite au mois d'août 1908. Le même jour, la hernie droite fut opérée. Il y eut un écoulement de deux cent cinquante onces de liquide. Le 24 août, ponction de trois cent trente-neuf onces et le 14 septembre,

de trois cent-huit onces. Le 19 septembre, la hernie gauche est opérée, le sac ne fut pas enlevé mais retourné et amené à la surface du muscle grand oblique. Le canal crural fut ouvert et un tube d'os y fut introduit. Aucune ponction ne fut nécessaire jusqu'à la fin de l'année mais l'ascite reparut alors et après trois paracentèses, le malade mourut chez lui.

Le premier cas d'HANDLEY fut un succès incontestable et ce succès fut durable. Dans son troisième cas, l'ascite se reproduisit immédiatement, mais disparut après une nouvelle ponction. Le cinquième cas fut un résultat temporaire puisque trois mois et demi seulement après l'opération, on dut refaire une paracentèse. Les autres interventions furent des échecs. Cette méthode de drainage par le canal crural a évidemment tous les défauts qu'ont le système de LAMBOTTE et celui de PATERSON. La plaie péritonéale est fatalement obturée tôt ou tard, soit par le processus naturel de cicatrisation, soit par la descente de l'épiploon ou d'une anse intestinale au devant de son ouverture interne. Les succès obtenus par HANDLEY, soit dans son drainage avec des fils de soie, soit par son drainage fémoral, ne sont peut être pas dûs à ce que l'écoulement du liquide se fit d'une façon permanente et durable mais peuvent s'expliquer par un autre phénomène : l'auto-autosérothérapie.

En mai 1910, VIDAL signalait à la Société médicale des Hôpitaux de Paris, un mémoire de M. AUDIBERT, de Marseille, sur un cas de guérison d'ascite par auto-

sérothérapie spontanée. Il s'agissait d'un malade faisant de l'hyposystolie avec œdème et ascite.

On l'opère d'une hernie : peu après l'opération le malade se lève et à travers la plaie non cicatrisée il se fait une infiltration de liquide ascitique dans tous les tissus juxtapéritonéaux. Quelques jours après, l'ascite avait complètement disparu et ne se reproduisit pas. D'autre part, M. LECLECH, de Brelés, et M. JEUNET, d'Amiens, ont fait des expériences d'autosérothérapie ascitique et ont obtenu quelques résultats. Il est certainement très délicat de vouloir affirmer que les guérisons obtenues par HANDLEY aussi bien que la cure signalée par AUDIBERT sont dues à une auto-autosérothérapie ascitique, mais, cependant, quoique ce phénomène aille à l'encontre de la théorie de TALMA et soit plutôt un argument pour ceux qui donnent à l'ascite une origine inflammatoire, c'est là chose possible et la thèse est parfaitement soutenable.

En somme, par toutes ces méthodes de drainage de l'ascite dans le tissu sous-cutané, fistulisation borgne interne de l'abdomen, drainage abdominal sous-cutané ou drainage fémoral, le chirurgien peut soulager quelquefois son malade pendant quelques semaines mais nous croyons que cet espoir d'amélioration est trop incertain pour poser en principe l'utilité d'une intervention de ce genre et qu'il vaut mieux abandonner tous ces procédés.

CHAPITRE IV

Considérations sur les diverses méthodes de drainage permanent de l'ascite

La conception du drainage saphénien est certes très belle et si les résultats étaient venu donner raison à la théorie de RUOTTE, la chirurgie aurait été enrichie d'une opération aussi ingénieuse que simple. Mais deux obstacles s'opposent à la réussite de cette intervention. C'est d'abord l'obturation possible de l'anastomose par les tissus de formation nouvelle qui viennent cicatrifier la blessure péritonéale et transformer en un cordon fibreux la portion de veine sectionnée et rattachée au péritoine. Si le vaisseau échappe à ce processus, le liquide ascitique va-t-il s'écouler librement par la veine fémorale ? Non, car devant lui se dresse une barrière, les valvules de la saphène, obstacle à peu près insurmontable. Et ce cas de RUOTTE, où à l'autopsie, on

trouva l'anastomose vasculo-péritonéale absolument perméable et où l'ascite cependant ne s'était pas drainée, en est bien une preuve. Aussi, sommes-nous presque tentés de considérer la conception de RUOTTE comme une utopie ! Peut-être faut-il attendre des essais plus nombreux pour la mieux juger.

Quand à tous ces systèmes ingénieux, à tous ces appareils imaginés pour établir une communication constante entre le péritoine et le tissu cellulaire sous-cutané, ils deviennent inutiles au bout de peu de temps. Jamais, en effet, on ne pourra empêcher le tissu fibreux, cicatriciel, de les entourer, de les enkyster, rendant ainsi stériles les efforts des chirurgiens. Ces systèmes de drainage, s'ils donnent un résultat, ne le peuvent donner que temporaire et soulagent le malade pour trop peu de temps.

Mais alors, comment expliquer les succès de RUOTTE, de SOYESIMA, de HANDLEY, de PATERSON, succès qui furent durables et constatés, pour quelques-uns, plusieurs années après l'opération ?

Il y a peut-être eu dans certains cas des erreurs de diagnostic. L'ascite était due à de la tuberculose péritonéale plutôt qu'à de la cirrhose du foie. De plus, il est à remarquer que les cas où le drainage permanent eut un résultat étaient tous des cas d'ascite par cirrhose alcoolique ; or, toutes ces ascites ne sont pas fatalement incurables et DIEULAFOY, dans son manuel de pathologie interne, consacre à ce sujet un assez long chapitre. Il y cite des exemples nombreux montrant que la suppression de l'alcool et le régime lacté suffisent parfois à guérir l'ascite, et il y parle d'épanche-

ments qui, après avoir été ponctionnés, douze, quinze, dix-huit fois, ne reparurent plus jamais.

Enfin, ne peut-on pas rapprocher certaines guérisons obtenues soi-disant par le drainage sous-cutané, de cette cure d'ascite signalée par AUDIBERT et que VIDAL explique, sans l'affirmer, par un phénomène d'autosérothérapie spontanée.

Quoi qu'il en soit, il nous semble qu'à l'heure actuelle, il faut rejeter toutes les méthodes de drainage permanent. Si l'ascite est absolument rebelle à tout traitement médical, à tout régime, si le malade est trop affaibli par des ponctions répétées ou s'il réclame une intervention, c'est encore aux opérations dérivées du principe de TALMA, c'est-à-dire cherchant à abaisser l'hypertension portale par la création de voies anastomatiques porto-caves, qu'il faut avoir recours. L'omentopexie a certainement un défaut, c'est de créer des anastomoses trop étroites entre les deux systèmes veineux. Aussi MM. VILLARD et TAVERNIER ont-ils proposé, en 1909, l'anastomose ovario-mésentérique. Mais ces deux veines elles-mêmes sont parfois bien petites et d'après M. TAVERNIER c'est peut-être en créant des anastomoses porto-caves directes et latéro-latérales qu'on réaliserait la dérivation la plus efficace du sang porte dans le système cave.

CONCLUSIONS

1. — L'opération de RUOTTE ou abouchement de la saphène interne au péritoine en vue d'un drainage permanent du liquide ascitique, a donné des résultats trop discordants et trop incertains pour être conseillée comme traitement chirurgical des ascites par cirrhose.

2. — Les méthodes de drainage, dans le tissu cellulaire sous-cutané, que ce soit la fistulisation borgne interne de LAMBOTTE, que ce soit le drainage sous-cutané abdominal de PATERSON ou le drainage fémoral de WYNTER et HANDLEY, ne peuvent apporter au malade, quand elles donnent un résultat et cela est rare, qu'un soulagement passager.

3. — Actuellement, si l'on veut traiter chirurgicalement l'ascite, il vaut mieux s'adresser aux opérations dérivées du principe de TALMA, opérations tendant à abaisser l'hypertension portale, grâce à des anastomoses créées artificiellement entre les viscères et la paroi, ou peut-être à des interventions réunissant plus

directement le système porte au système cave, en particulier à l'anastomose ovario-mésentérique proposée en 1909 par MM. VILLARD et TAVERNIER.

Vu :

Le Président de la Thèse,

ETIENNE ROLLET

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 7 juin 1911.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN

BIBLIOGRAPHIE

- G. ALEXANDRE. — Thèse de Paris, 1902-03. L'omentopexie dans les cirrhoses hépatiques.
- AUDIBERT et VIDAL. — Autosérothérapie ascitique spontanée. Société médicale des Hôpitaux de Paris, 12 mai 1910.
- J. CHARLIER. — Thèse de Paris, 1903-04. Etude-critique sur la dérivation du sang de la veine-porte appliquée au traitement chirurgical des ascites cirrhotiques.
- DELAGENIÈRE. — Contribution à la chirurgie des gros troncs veineux. Congrès français de chirurgie de 1906.
- DIEULAFOY. — Manuel de Pathologie interne.
- FABRE. — Thèse de Lyon 1909-10. De l'anastomose des systèmes porte et cave dans le traitement des cirrhoses.
- GUIBE. — Drainage permanent de certaines collections de sérosité. Journal de chirurgie de mars 1910.
- GUIBE. — Opération de RUOTTE dans la cirrhose du foie. Journal de chirurgie de février 1911.
- W. SAMPSON HANDLEY. — The operative treatment of ascites. British Medical Journal, 16 avril 1910.
- LAMBOTTE. — La fistulisation borgne interne de l'abdomen comme succédané de l'opération de TALMA. Semaine médicale, 1905.
- LEJARS. — Chirurgie des grosses ascites. Semaine médicale, 25 mars 1903.
- LEJARS. — Chirurgie des gros troncs veineux. Congrès français de chirurgie, 1900.
- T. de MARTEL. — Un cas de fistule d'Eck. Congrès français de Chirurgie de 1910.
- P. PATERSON. — The treatment of ascites by drainage intra the subcutaneous tissues of the abdomen. The Lancet, 29 octobre 1910.
- RUOTTE. — Abouchement des veines saphènes internes au péritoine abdominal dans certains cas d'ascite à reproduction. Communications à la Société de chirurgie de Lyon, 4 juillet 1907 et 20 janvier 1910.

- Y. SOYESIMA. — Beitrag zur operativen Behandlung des ascites bei Lebercirrhose. Deutsche Zeitschrift für chirurgie, 1909.
- VIDAL. — Traitement chirurgical des ascites dans les cirrhoses du foie. Congrès français de Chirurgie, 1903.
- VILLARD et TAVERNIER. — Communications à la Société des sciences médicales de Lyon, 24 novembre 1909 et 12 janvier 1911.
-

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE.....	3
CHAPITRE I. — Historique	5
— II. — Opération de RUOTTE	11
— III. — Drainage sous-cutané.....	57
1° Fistulisation borgne-interne de l'abdomen.,	57
2° Drainage sous-cutané abdominal	66
3° Drainage fémoral.....	69
— IV. — Considérations sur les diverses méthodes de drai- nage permanent de l'ascite.....	76
CONCLUSIONS.....	79
BIBLIOGRAPHIE.....	81

~~~~~  
Imprimerie DUCROS & LOMBARD. — Valence.  
~~~~~


